

LAIENURTEILE IM BEREICH PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Eine Einstellungsuntersuchung in der Stadt Zürich

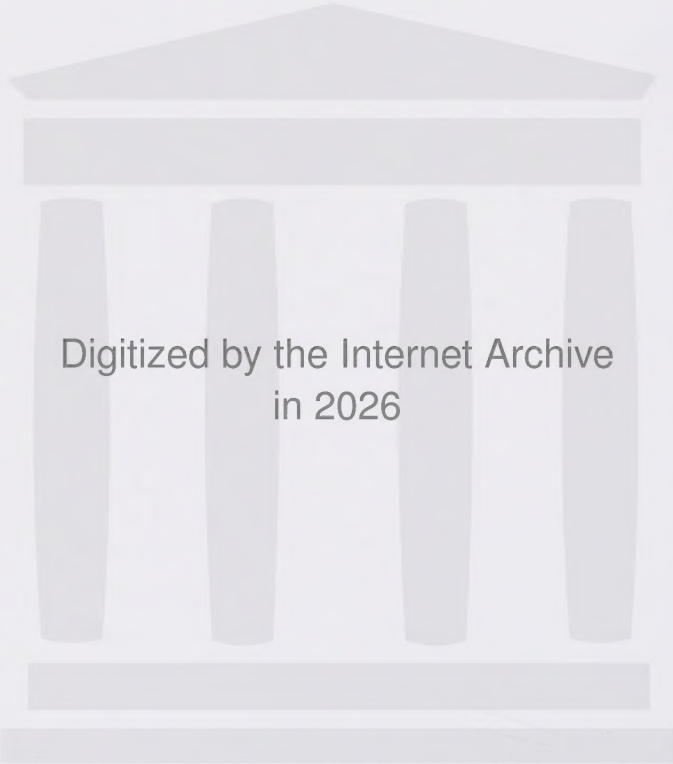
Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
SAMUEL ROM
von Zürich

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. A. Uchtenhagen

Zürich 1982
Zentralstelle der Studentenschaft



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LAIENURTEILE IM BEREICH PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Eine Einstellungsuntersuchung in der Stadt Zürich

Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
SAMUEL ROM
von Zürich

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. A. Uchtenhagen

Zürich 1982
Zentralstelle der Studentenschaft



sedulo curavi
humanas actiones
non ridere
non lugere
neque detestari
sed intellegere

Spinoza

Für Mona und Sebastian

O. Einleitung

Verschiedene epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Verteilung der psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung ungleich ist und, dass längst nicht alle psychischen Störungen erkannt oder behandelt werden. Diese Situation lässt sich mit einem Eisberg vergleichen: der grösste Teil der psychischen Störungen liegt unter der Schwelle der institutionellen Wahrnehmung, ist somit unsichtbar, wie das Eis unter der Wasserlinie. Dieser unsichtbare Teil ist grösser als der sichtbare. Letzterer wird durch die in irgendwelchen Institutionen (Arztpraxen, Polikliniken, Ambulatorien, psychiatrischen Kliniken, etc.) behandelten Fälle psychischer Störungen gebildet. Vor der Behandlung muss die psychische Störung wahrgenommen werden, also gleichsam vom unteren - unsichtbaren - Teil des Eisberges auftauchen in den sichtbaren. Genau dieser Schritt interessiert uns sehr.

Nun zeigte sich, dass der Eisberg psychischer Störungen spezifisch strukturiert ist: im sichtbaren Teil, bei den behandelten Störungen also, überwiegt bei den schwersten (psychotischen) Störungen der Anteil der unteren sozialen Schichten ganz auffällig. An diesem Punkt setzt unsere Fragestellung ein: Woran liegt es, dass einzelne Bevölkerungsgruppen anscheinend mehr an psychischen Krankheiten leiden als andere Bevölkerungsgruppen?

Man kann diese so einfach klingende Frage auf ganz verschiedene Arten angehen. In dieser Arbeit wurde folgendes unternommen: In einem ersten Schritt werden die Belege gesammelt, die aufzeigen, dass tatsächlich solche unterschiedliche Erkrankungsraten ermittelt wurden. Dabei interessierten uns am meisten diejenigen Unterschiede, die auf verschiedene soziale Schichtzugehörigkeit zurückzuführen sind. Danach berichten wir über einige Erklärungsversuche für dieses Phänomen. In einem zweiten Schritt fragen wir, ob diese Unterschiede etwa weniger beim Erkrankten und dessen Umgebung zu suchen sind, sondern in den Behandlungsinstitutionen und den dort vorherrschenden Mechanismen und Ideologien.

Nach dieser Einführung wenden wir uns der eigentlichen Hauptproblematik dieser Arbeit zu: den Einstellungen und deren Bezug zum

Krankheitsverhalten. Gerade dieses wichtige Konzept aus dem Bereich der Medizinsoziologie kann wichtige Hinweise nicht nur zur Beantwortung unserer Hauptfragestellung geben, sondern auch Grundlagen für die Planung sozialpsychiatrischer Einrichtungen liefern.

Wir haben vorgängig erwähnt, dass uns der Wechsel zwischen dem unsichtbaren und dem sichtbaren Teil des Eisberges, also der Schritt, der zur Wahrnehmung der psychischen Störung führt, besonders interessiert. In der Tat könnte es sein, dass sich genau hier die verschiedenen Bevölkerungsgruppen sehr stark voneinander unterscheiden. Der Schritt von der latent wahrgenommenen psychischen Störung zur Bezeichnung als solche ist komplex, hier laufen verschiedene Definitionsmechanismen und Entscheidungen ab. Diesen und den ihnen zu Grunde liegenden Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozessen gilt unsere spezielle Aufmerksamkeit. Mit der Untersuchung der Einstellungen der Bevölkerung ist dieser Problemkreis bereits früher etwas erhellt worden, wobei aber einige methodische Schwierigkeiten dafür sorgten, dass die bisherigen Erkenntnisse in einem etwas diffusen Licht erscheinen. - Nach der Einordnung in das soziologische Umfeld diskutieren wir einige methodische Probleme. Anschliessend stellen wir vier bisherige Arbeiten aus diesem Gebiet vor, um dann zu unseren speziellen Fragestellungen überzuleiten.

Darauf folgt die Darstellung und Entwicklung der von uns angewandten Methodik, mit welcher wir die Fragestellung angehen. An dieser Stelle erst gehen wir ausführlich auf den Begriff der sozialen Schicht ein. Wir stellen hier die drei Fallgeschichten und ihre Variationen dar, welche unseren Probanden als Stimulus vorgelegt wurden; ebenso folgt die Darstellung des Fragebogens und der Voruntersuchung sowie die Beschreibung des Versuchsplans und schliesslich der zu untersuchenden Hypothesen samt den anzuwendenden statistischen Methoden. Die Methodik stammt weitgehend aus der dieser Arbeit zugrunde liegenden Lizentiatsarbeit aus dem Jahre 1977. In dieser - zusammen mit meinem Freund Norman Wunderle verfassten - Voruntersuchung wurden die theoretischen und insbesondere die me-

thodischen Grundlagen für die vorliegende Arbeit gelegt.

Im empirischen Teil findet sich zuerst eine Beschreibung der Stichprobe, daran anschliessend die Ergebnisse zum Bereich Wahrnehmung der Störung, zum Bereich vorgeschlagene Massnahmen und zum Bereich angenommene Ursachen. Danach werden diese Ergebnisse im Zusammenhang mit dem Vergleich zu den Hypothesen diskutiert.

Mit dieser Arbeit versuchen wir, mehr Klarheit über die kognitiven Anteile bei der Wahrnehmung und Verarbeitung psychischer Störungen zu gewinnen. Im Gegensatz zu andern Arbeiten, wird der affektive Teil vernachlässigt. Dies deshalb, weil darüber bereits einiges Material vorliegt und andererseits, weil die methodischen Probleme noch schwieriger sind, als die bisher erwähnten, was nicht verhindern konnte, dass gerade auf diesem Gebiet Arbeiten entstanden, von denen wir uns abgrenzen wollen.

Immer wieder wurde in der Bevölkerung nach Einstellungen gegenüber Geisteskranken geforscht und die erhaltenen Resultate zeigten ein recht einheitliches Bild: die Einstellung der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken ist mehr oder weniger negativ. Dabei zeigte sich aber, dass die methodischen Tücken das Ergebnis verfälschten. Insbesondere war der Begriff "Geisteskrankheit" schlecht und uneinheitlich definiert: Laien meinten damit nur die schwerst Gestörten, die Fachleute und Untersuchungsleiter aber verstanden darunter auch kleinere psychische Störungen, sodass beide gar nicht von demselben sprachen. Als dieser Fehler erst einmal erkannt und beseitigt wurde, zeigte sich bald, dass die Laien durchaus differenzierte Wahrnehmungen und Aussagen über Psychischkranke machen konnten.

Lange wurden auch Aussagen über vermeintliche Vorurteile in der Bevölkerung gemacht, ohne zu prüfen, ob es sich dabei wirklich um Vor- und nicht um Nachurteile handelt. Besonders wurde "vergessen" zu untersuchen, welches Bild des Geisteskranken von den

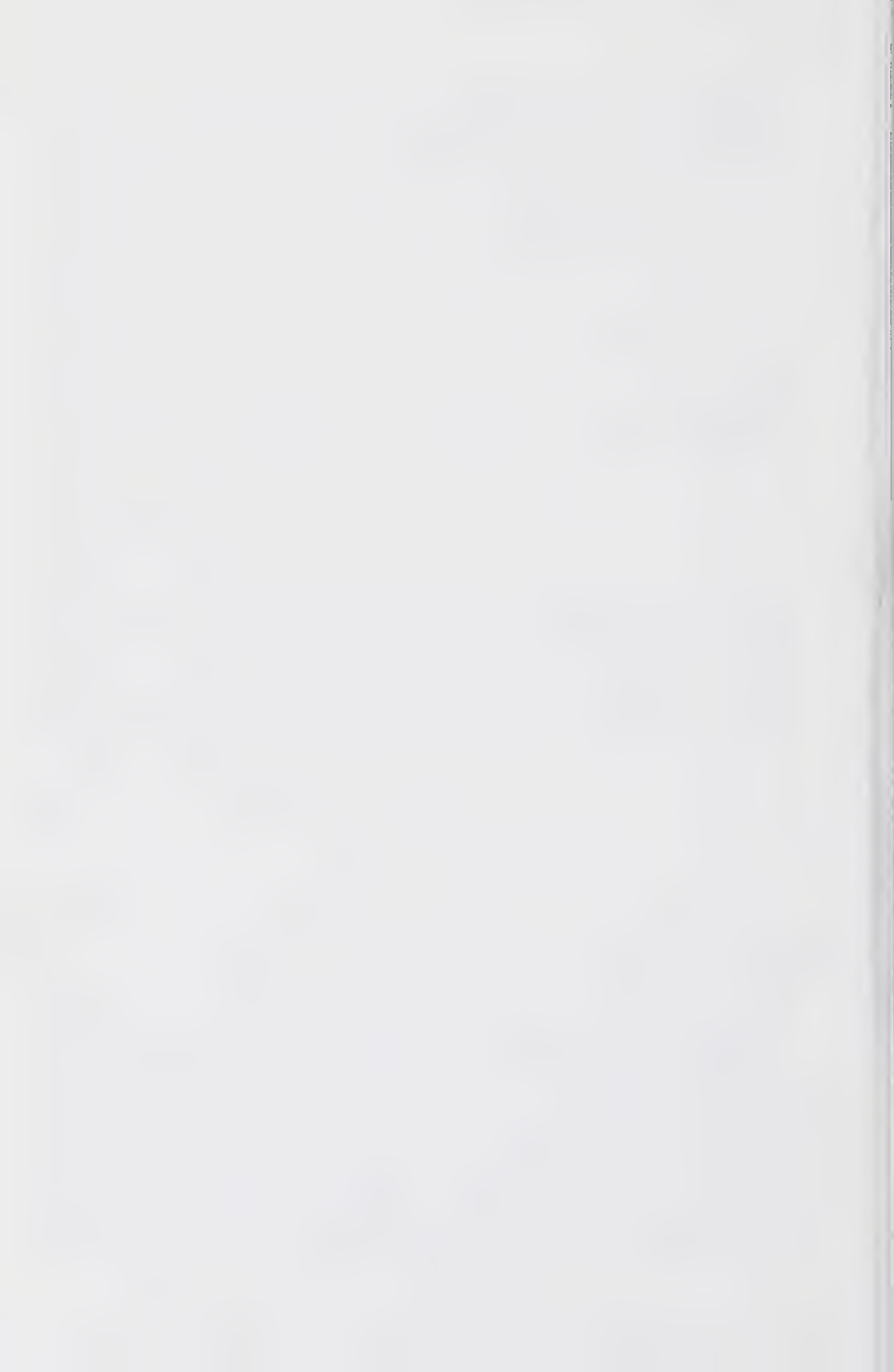
Behandlungsinstitutionen gemacht wurde. Wenn diese nämlich vor allem die Patienten aus ihrem sozialen Milieu entfernen und sie hinter dicken Klinikmauern unter Ausschluss der Öffentlichkeit behandeln und sie kaum mehr entlassen, so ist das Urteil, das sich die betroffene soziale Umgebung des Patienten macht, es müsse sich um eine furchtbare, unheilbare Krankheit handeln, vor der sich jeder so intensiv wie möglich schützen soll, damit er selber um keinen Preis davon betroffen werde, wohl kaum mit dem Begriff "negatives Vorurteil" abzutun. Das ist viel eher eine adäquate Antwort auf das Umgehen der öffentlichen Handlungsagenturen mit Geisteskranken durch die wache, differenziert wahrnehmende Bevölkerung. Gesundheit und Krankheit, speziell psychische Störungen, können mit medizinischen Gesichtspunkten alleine nicht mehr adäquat erfasst und erklärt werden. Längst sind sozialwissenschaftliche Konzepte eingeführt worden, welche das Phänomen "Krankheit" umfassender beschreiben und erklären.

Bevor die medizinischen Aktivitäten zielgerichtet eingesetzt werden können, müssen die verschiedensten Fragen aus dem kulturellen und sozialen Umfeld des Patienten angegangen werden: Aufgrund welcher Einsichten kommt ein Individuum dazu, Hilfe zu suchen und dann auch zu beanspruchen? Wie geht es mit dieser Hilfe um? Solange diese sozialen und Verhaltensfaktoren nicht vermehrt ins Bewusstsein der Praktiker dringen und nicht Teil ihrer Ausbildung werden, solange werden die medizinischen Aktivitäten und das Design der soziomedizinischen Dienstleistungen weniger leistungsfähig bleiben, als dies möglich wäre.

Im Sinne eines Beitrages zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, soll die vorliegende Arbeit helfen, ein Teil des Krankheitsverhaltens der Bevölkerung bei psychischen Störungen besser zu verstehen. Die Verbesserung bestehender und die Planung neuer sozialpsychiatrischer Einrichtungen ist nur auf der Grundlage dieser Zusammenarbeit durchführbar. Hat man - wie der Autor - täglich die Situation der psychiatrischen Grosskrankenhäuser vor Augen, so besteht kein Zweifel darüber, dass diese grundlegend verändert werden müssen. Dies auch dann, wenn die begonnenen Veränderungen weitergeführt werden sollten

und sich die Lage, wie mancherorts auch bereits recht spürbar, gewandelt hat. Der psychiatrische Patient gehört in seine ursprüngliche soziale Umgebung. Das Bemühen der sozialpsychiatrischen Dienste muss darauf zielen, die entsprechenden Dienstleistungen bereitzustellen und ebenso die Integrationskraft der Bevölkerung zu steigern. An diesem Punkt setzt unsere Arbeit an. Mit der Erhebung des Ist-Zustandes der Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse im Bereich der psychischen Störung, hellen wir das Umfeld sozialpsychiatrischen Eingreifens oder allenfalls Planens auf. - Es ist zu wünschen, dass diese Arbeit dazu beitragen kann, dass die psychosoziale Versorgung in der direktesten sozialen Umgebung des Psychisch-kranken und seiner Familie verbessert wird.

Ein Wort zur Darstellung der Ergebnisse. Die grosse Zahl der statistischen Berechnungen nötigte uns, diese bei ihrer Darstellung gleich kurz zu kommentieren. Dadurch ist die Trennung zwischen Darstellung der Resultate und deren Interpretation nicht immer streng eingehalten worden. Im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit wurde dieser Mangel in Kauf genommen.



Dank

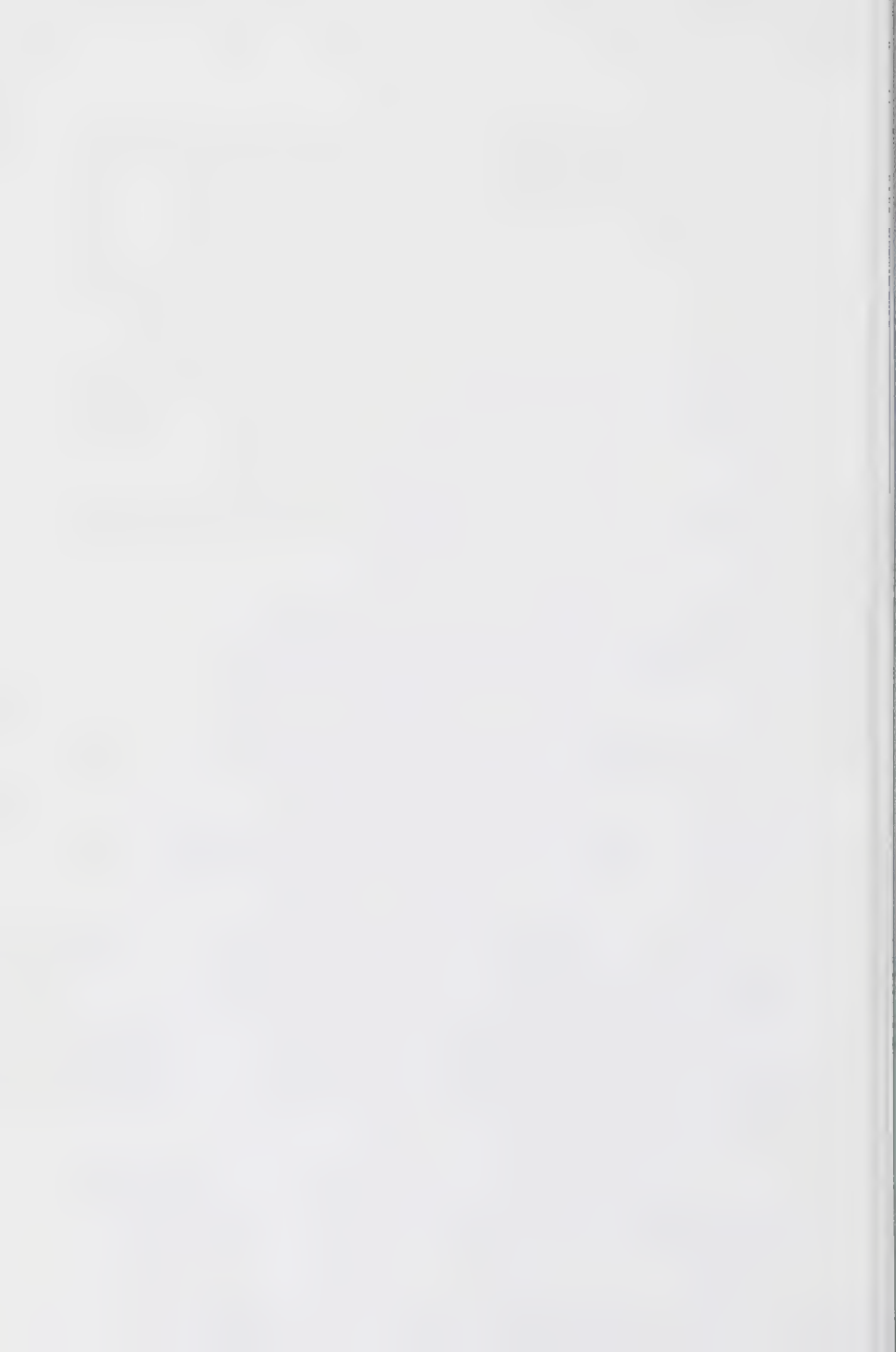
Dem Direktor des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik "Burghölzli" in Zürich, Herrn Prof. Dr. A. Uchtenhagen, sei für seine freiheitliche und wohlwollende Betreuung herzlich gedankt. Ihm ist es auch zu verdanken, dass nach Vorlage der ersten Grundzügen der Arbeit diese Pläne in die Tat umgesetzt wurden. Er suchte nicht nur einen Befragungsleiter, sondern dank seinem Einsatz war es möglich, dass Sponsoren gefunden wurden, die mit namhaften finanziellen Zuschüssen die Arbeit erst ermöglichten. Diesen Spendern, die Interpharma in Basel und der Migros-Genossenschaftsbund in Zürich, gilt ebenfalls unser Dank.

Speziellen Dank schulde ich meinem Freund Norman Wunderle. In gemeinsamer Diskussion haben wir die wichtigsten Fragen dieser Arbeit entwickelt und die entsprechende Methodik in einer Voruntersuchung erprobt.

Mein Kollege Niklaus von Luckner hat mich in den methodischen und speziell in den statistischen Fragen beraten. Seine zuverlässige und kompetente Hilfe war äusserst wertvoll.

All den vielen Helfern, die mir Anregungen und Kritik gaben, die bei der Materialsuche und -Beurteilung mithalfen, die das Manuskript lasen und abschrieben und die mich auch immer wieder zur Weiterarbeit aufmunterten, diesen allen danke ich herzlich. - Marianne Bloch besorgte die gewissenhafte Reinschrift des Manuskriptes, auch ihr sage ich: "Vielen Dank!"

Zuletzt danke ich meinen Patienten und Mitarbeitern. Durch die intensive Beschäftigung mit dieser Arbeit kamen sie - obwohl ich mich um das Gegenteil bemühte - hin und wieder zu kurz. Genauso wie meine Freunde und ganz speziell wie meine Frau, zeigten sie mir aber immer wieder ihr Verständnis und ihre Zuneigung. Dies war mein grösster Ansporn, ohne welchen dieses Werk wohl unvollendet geblieben wäre.



INHALT

A	THEORETISCHER TEIL	Seite
1.	<u>Soziale Schicht und psychische Störung</u>	
1.1.	Schicht und Erkrankungshäufigkeit	1
1.1.1.	Zwei wichtige epidemiologische Untersuchungen aus den USA	
1.1.2.	Andere (europäische) Untersuchungen	
1.1.3.	Methodische Probleme epidemiologischer Untersuchungen	
1.1.4.	Erklärungsversuche Sozialer Abstieg und schwierige Lebensumstände Stress und psychische Erkrankung Life-events Heredität	
1.1.5.	Zusammenfassung	
1.2.	Schicht und Behandlung	12
1.2.1.	Uebersicht	
1.2.2.	Selektion des Versorgungssystems	
1.2.3.	Erreichbarkeit der Therapie	
1.2.4.	Informationsmangel	
1.2.5.	Negative Einstellung gegenüber psychiatrischen Institutionen	
1.3.	Zusammenfassung	18
2.	<u>Einstellung gegenüber psychischen Störungen</u>	
2.1.	Krankheitsverhalten	20
2.2.	Das Verweissystem	22
2.3.	Krankheitsverhalten und Einstellung	23
2.4.	Zur Theorie der Einstellungen	24
2.5.	Das Grundproblem der Einstellungsforschung	27
2.6.	Der Einbezug in unsere Arbeit	30
2.7.	Schicht und Einstellung gegenüber psychischen Störungen	31

3.	<u>Bisherige Einstellungsuntersuchungen zum Objektbereich Psychische Störungen</u>	<u>Seite</u>
3.1.	Einstellungsänderung als Legitimation von Einstellungsuntersuchungen	34
3.2.	Die Generalisierung der Resultate	36
3.3.	Einseitigkeit der Einstellungsmessung	37
3.4.	Social status and attitudes toward psychological disorder: The problem of tolerance of deviance. (DOHRENWEND + CHIN-SHONG, 1967)	37
3.5.	Die Einstellung der Bevölkerung zum Objektbereich "Psychisch Kranke". (HOENER + KUNZ, 1976)	39
3.6.	Das Bild des Geisteskranken in der Oeffentlichkeit. (JAECKEL + WIESER, 1970)	41
3.7.	Psychische Erkrankung im Urteil der Bevölkerung. (STUMME, 1975)	43
3.8.	Zusammenfassung	47
4.	<u>Die speziellen Fragestellungen</u>	48
B	METHODISCHER TEIL	
5.	<u>Methodenwahl</u>	50
6.	<u>Das Interview</u>	53
6.1.	Sprache	54
6.2.	Die Reaktion des Interviewers	56
7.	<u>Fallschilderungen als Forschungs- technik um Reaktionen auf psychische Störungen zu messen</u>	
7.1.	Kritische Betrachtung der STAR'schen Fallschilderung	57
7.2.	Die relevanten Informationen in Fall- geschichten	58
7.2.1.	In bisherigen Untersuchungen	
7.2.2.	In unserer Arbeit	

8.	<u>Die Untersuchungskonzepte und ihre Operationalisierung</u>	Seite
8.1.	Wahrnehmung der Störung	60
8.2.	Weitere Konzepte	62
8.3.	Verarbeitung der Störung	62
8.4.	Unsere Fallgeschichten	63
8.4.1.	Konstruktion und Inhalt	
8.4.2.	Die Gründe für die Verwendung der einzelnen Fallgeschichten	
8.4.3.	Die soziale Nähe zwischen Beurteiler und Beurteiltem	
8.5.	Soziale Schicht	67
8.6.	Soziodemographische Konzepte	75
9.	<u>Der Fragebogen</u>	
9.1.	Gliederung	76
9.2.	Zur praktischen Bestimmung der sozialen Nähe in den Fallgeschichten	77
10.	<u>Die Voruntersuchung</u>	
10.1.	Vorgehen	80
10.2.	Verständlichkeit	81
10.3.	Die offenen Fragen in unserem Fragebogen	82
10.4.	Bereitschaft über (mit-)erlebte psychische Störungen zu berichten	83
10.5.	Zur sprachlichen Bezeichnung von psychischen Störungen	84
10.6.	Einige Resultate	86
11.	<u>Der Versuchsplan</u>	
11.1.	Die einzelnen Hypothesen	90
11.1.1.	Hypothesen zum Konzept Wahrnehmung der Störung	
11.1.2.	Hypothesen zum Konzept Verarbeitung der Störung	
11.1.3.	Hypothesen zum Konzept frühere Erfahrungen	

11.2.	Die Stichprobe	94
11.2.1.	Stichprobenauswahl	
11.2.2.	Die Grösse der Stichprobe	
11.3.	Hypothesenprüfung und Stichprobenauf- teilung	97
11.4.	Die anzuwendenden statistischen Ver- fahren	98
11.5.	Die drei zu beurteilenden Fallge- schichten mit deren Variationen	101

C EMPIRISCHER TEIL

12.	<u>Stichprobenerhebung und Stichproben- beschreibung</u>	
12.1.	Durchführung der Stichprobenerhebung	103
12.2.	Charakterisierung der Stichprobe	104
12.3.	Weitere Angaben über unsere Stichprobe	108
12.4.	Ueberprüfung der Randomisierung	110
12.5.	Ergebnisse zum Bereich frühere Er- fahrungen mit psychischen Störungen	117
12.6.	Weitere Resultate	125
13.	<u>Darstellung der Ergebnisse</u>	
13.1.	Bemerkungen zur Art der Daten und zu den gewählten statistischen Verfahren	127
13.2.	Ergebnisse zum Bereich Wahrnehmung der Störung	132
13.2.1.	Häufigkeitsauszählungen	132
13.2.2.	Zusammenfassung	150
13.2.3.	Uebersicht über die Ergebnisse der Varianzanalysen	152
13.2.4.	Weitere Ergebnisse	182
13.3.	Ergebnisse zum Bereich Massnahmen	186
13.3.1.	Häufigkeitsauszählungen	186
13.3.2.	Ueberprüfung der Hypothesen zum Bereich Massnahmen	189
13.4.	Ergebnisse zum Bereich der angenommenen Ursachen	193
13.4.1.	Häufigkeitsauszählungen	193
13.4.2.	Ueberprüfung der Hypothesen im Bereich Ursachen	196

14.	<u>Zusammenfassung der Ergebnisse: Beantwortung der Hypothesen und Diskussion</u>	
14.1.	Hypothesenbeantwortung	200
14.2.	Diskussion und Ausblick	205

Anhang

Kontaktbrief zu den Probanden	210
Fragebogen	211
Antwortblatt I - V	226
Berufsliste zu den Fallgeschichten	229
Erläuterungen zur Einordnung nach der beruflichen Position	230
Literaturverzeichnis	232
Lebenslauf	238

1. Soziale Schicht und psychische Störungen

1.1. Schicht und Erkrankungshäufigkeit

Im Zuge der ersten epidemiologischen Studien in der Mitte des letzten Jahrhunderts, etwa zur Bekämpfung der Cholera in England (CHADWICK, FARR, SNOW) oder des Typhus in Oberschlesien (VIRCHOW), kamen auch die ersten Ansätze einer psychiatrischen Epidemiologie auf. So wurden erstmals 1825 in Norwegen die Lebensbedingungen der Kranken erhoben. Dabei resultierte auch eine Uebersicht über die Anzahl der Geisteskranken, sowie deren Verteilung nach nosologischen und demographischen Gesichtspunkten.

Den Höhepunkt erreichte die epidemiologische Erforschung psychischer Störungen in den 50er + 60er Jahren dieses Jahrhunderts mit den grossen Feldstudien in den USA und in Kanada (HOLLINGSHEAD & REDLICH, 1958, SROLE et al., 1962, LANGNER und MICHAEL, 1963, LEIGHTON et al., 1963). Hier ging es v.a. um die Bestimmung der sozialen Faktoren bei der Entstehung und beim Verlauf psychischer Störungen, um so die Prävention und Therapie zu verbessern. Diese Untersuchungen bildeten auch die Grundlagen für das Vorgehen bei der Verwirklichung der Postulate der Mental-Health-Bewegung, welches im Jahre 1963 einen Entscheid Präsident KENNEDYS erwirkte, der den Aufbau der gemeindenahen Community Mental-Health-Centres an Stelle der über-grossen Kliniken initiierte.

Die Resultate dieser grossen Untersuchungen sind auf verschiedenen Gebieten einheitlich. Insbesondere fanden sie übereinstimmend, dass die Angehörigen unterer sozialer Schichten in der Gruppe der (schweren) psychischen Störungen übervertreten sind. Auf die mannigfaltigen methodischen Probleme der psychiatrischen Epidemiologie wird später eingegangen. Auch wenn das Vergleichen der Resultate verschiedener Untersuchungen nicht ohne Weiteres möglich ist, so ist dieses Resultat dadurch gesichert, dass in 20 von 25 Feldstudien die höchste Zahl sämtlicher psychischer Störungen in der Unterschicht gefunden wurden. Insbesondere ist die Häufung schizophrener

Psychosen in der Unterschicht durch zahlreiche Untersuchungen in vielen Ländern belegt. Hier stellt sich die Frage, ob die psychische Erkrankung Ursache oder Folge der sozialen Schichtzugehörigkeit ist.

1.1.1. Zwei wichtige epidemiologische Untersuchungen aus den USA

In ihrer Arbeit "Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study" untersuchen SROLE et al. (1962) die "wahre Prävalenz" psychischer Erkrankungen im 110'000 Einwohner umfassenden Stadtteil Manhattan anhand einer Stichprobe von 1660 Personen. Der Grad psychischer Gesundheit wurde anhand eines Fragebogens ermittelt. Die Untersuchten wurden dann einer Skala zugeordnet, die das Ausmass der psychischen Störung beschrieb. Die soziale Schicht wurde nach Beruf, Ausbildung und Einkommen des Untersuchten bzw. seines Vaters bestimmt; dabei wurden drei soziale Gruppen definiert: unterste, mittlere, oberste Sozial-schicht.

Stichprobe des Home Survey (Alter 20 bis 59 Jahre), Verteilungen der Befragten nach der Klassifikation psychischer Gesundheit in den obersten und untersten Schichten des erweiterten eigenen SOES-Bereichs.

Kategorien psychischer Gesundheit	höchste Schicht %	niedrigste Schicht %
gesund	30,0	4,6
leichte Symptombildung	37,5	25,0
mässige Symptombildung	20,0	23,1
beeinträchtigt *)	12,5*	47,3*
ausgeprägte Symptombildung	6,7	16,7
schwere Symptombildung	5,8	21,3
stark behindert	0,0	9,3
N = 100%	(120)	(108)
Krank/Gesund-Verhältnis	42	1,020

*) $t = 6,0$ (.001 Konfidenzniveau)

Tab. 1

Diese Untersuchung zeigt, dass die Angehörigen der oberen Sozial-schicht in der Gruppe der Gesunden übervertreten sind, während umgekehrt die Angehörigen der untersten Sozialschicht

in der Gruppe der Geschädigten übervertreten sind. - Erstaunlich hoch ist der Anteil der Geschädigten ("impaired") in der Gesamtbevölkerung, der mit 81,5% angegeben wird.

HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) erfassten in ihrer Untersuchung "Social Class and Mental Illness" alle am Stichtag (1. Dezember 1950) in Behandlung stehenden psychisch Kranken in der ostamerikanischen Stadt New Haven. Es handelt sich also um eine Untersuchung der behandelten Prävalenz. Die Untersuchten wurden in fünf Schichten eingeteilt, wobei drei gewichtete Faktoren für die Zuteilung herangezogen wurden: Beruf, Ausbildung, Wohngegend. Auch hier zeigt sich, dass die höheren Sozialschichten (I) bei den psychisch Kranken untervertreten sind, während der Anteil der unteren Sozialschichten (V) grösser ist, als ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung vermuten lassen würde.

Differenzierung der Patientenpopulation und der Bevölkerung nach Schicht

Schicht	Population in Prozent	
	Patienten	Bevölkerung
I	1,0	3,0
II	7,0	8,4
III	13,7	20,4
IV	40,1	49,8
V	38,2	18,4
	n = 1891	236,940
	$\chi^2 = 509,81, 4df, p = 0,001$	

Tab. 2

Die Autoren zeigten im weiteren eine andere Ungleichheit zwischen den Schichten auf: die unteren Sozialschichten haben einen zu grossen Anteil an den schweren psychischen Erkrankungen. Die nachstehende Verteilung der Psychosen im Verhältnis zu den Neurosen macht dies deutlich:

Verteilung von Psychosen und Neurosen in Abhängigkeit von sozialer Schicht (abgerundete Zahlen):

Schicht	% Neurosen	% Psychosen
I und II	65	35
III	45	55
IV	20	80
V	10	90

Tab. 3

Zudem ist der Anteil der Unterschichtspatienten bei den in psychiatrischer Dauerbehandlung Stehenden beinahe vier Mal grösser als der Anteil der Oberschichtspatienten:

Schicht	Verhältniszahl
I - II	368
III	346
IV	516
V	1406
Gesamt	638
$\chi^2 = 533,72, 3df, p 0,001$	

Tab. 4

Diese heute als klassisch zu bezeichnende Studie belegt nicht nur, dass die Angehörigen unterer sozialer Schichten häufiger psychisch krank bezeichnet werden als die Angehörigen oberer Schichten, sondern, dass sie auch öfters mit der Diagnose schwerer psychischer Störungen belegt werden.

1.1.2. Andere (europäische) Untersuchungen

In ihrer Replikations-Studie zur Untersuchung von HOLLINGSHEAD & REDLICH zeigten DILLING & WEYERER (1978) in ihrem oberbayrischen Untersuchungsgebiet, dass die Angehörigen der beiden untersten Sozialschichten fast doppelt so oft psychiatrisch behandelt werden, als die Angehörigen der drei oberen Sozial-

schichten. Ebenso war der Anteil von Unterschichtsangehörigen bei den Schizophrenien am grössten und speziell deutlich bei den Langzeitpatienten. Hier ist das Risiko für einen Unterschichtsangehörigen doppelt so hoch als für einen Angehörigen der beiden obersten Schichten.

Wichtigstes Ergebnis dieser Untersuchung ist die Tatsache, dass Patienten höherer Schichten häufiger ambulant, aus unteren sozialen Schichten, bei entsprechenden Diagnosen, eher stationär behandelt werden.

STROTZKA et.al. (1969) befragten 600 Patienten einer österreichischen Landarztpraxis. Dabei handelte es sich um 500 Patienten ohne und um 100 Patienten mit psychischen Störungen. Die Ergebnisse, die wegen der kleinen Stichproben nur als Tendenzen interpretierbar sind, weisen darauf hin, dass sich die schweren psychischen Störungen (Schizophrenie und Schwachsinn) gehäuft in den unteren Sozialschichten finden, während die Neurosen sich auf die Schichten etwa gleich verteilen.

Wir wollen hier auch HAEFNER'S Inzidenzstudie für die Stadt Mannheim erwähnen (1969). Er untersuchte dabei, ähnlich wie FARIS und DUNHAM im Jahre 1939, die ökologische Verteilung von psychischen Erkrankungen (Erstbehandlungen) in Abhängigkeit von den Wohngebieten, was indirekt auch auf die Schichtzugehörigkeit rückschliessen lässt. In den Gebieten des Stadtkerns, die durch zahlreiche Merkmale sozialer Benachteiligung gekennzeichnet sind, lassen sich die höchsten Inzidenzraten nachweisen.

Die zitierten epidemiologischen Untersuchungen zeigen uns zwei Befunde:

1. Unterschichtsangehörige werden häufiger "psychisch krank" diagnostiziert als Angehörige oberer sozialer Schichten, und
2. sie erhalten häufiger die Diagnose einer schweren psychischen Störung als Oberschichtsangehörige.

Für die Struktur des früher erwähnten Eisberges psychischer Erkrankungen würde dies bedeuten, dass der Anteil der unteren Sozialschicht, sowohl im gesamten, als auch im Anteil der schweren

psychischen Störungen, auffällig gross ist.

1.1.3. Methodische Probleme epidemiologischer Untersuchungen

Wenn hier verschiedene Untersuchungen über das Verhältnis von Sozialstatus und Erkrankungshäufigkeit referiert werden, bzw. bereits in vorherigen Abschnitten erwähnt wurden, so muss auch auf die vielfältigen methodischen Probleme hingewiesen werden. Eine gewichtige Einschränkung erfahren alle Resultate, die auf Hospitalisierungsdaten aufbauen (es sind die meisten), denn diese geben nicht die "wahre Inzidenz" an, die am interessantesten wäre. Da nicht alle Erkrankten in Spitälern (oder auch anderswo) behandelt werden, bleiben diese Untersuchungen unvollständig. Zudem werden die Daten (und vor allem die Diagnosen) einfach übernommen, ohne dass man auf deren Erhebung einen Einfluss hat, bzw. diese kontrollieren kann. Andererseits stellen sich bei den eigentlichen Feldstudien, in welchen die Zahl der im Beobachtungsfeld vorhandenen Psychisch Kranken festgestellt werden soll, nicht weniger Probleme. Hier weiss man bereits nicht, was man eigentlich zählen soll: psychische Krankheit, psychische Beeinträchtigung, psychosomatische Beschwerden? Deshalb ergeben sich Unterschiede, welche den Vergleich der Resultate beinahe verunmöglichen. Hier setzt auch die Kritik an diesen Untersuchungen immerwieder an und wandelt sich manchmal in unverhohlene Ironie. So wundert sich TYHURST (1957) über jede epidemiologische Felduntersuchung, in der keine 100%-Rate für psychische Störungen gefunden wird. Im weiteren sei exemplarisch auf das Problem der Inter-Rater-Reliabilität und auf das Problem der sozialen Schichtbestimmung hingewiesen. Trotz all dieser Einwände meint KOHN (1974), dass die Resultate wohl nicht definitiv seien, dass sie aber, als Summe betrachtet, doch einen wahren Kern treffen: die Häufigkeit der psychischen Störungen und speziell der Schizophrenie ist in der Unterschicht am grössten. Und dies nicht wegen methodischer Artefakte. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird in der Unterschicht mehr Schizophrenie "produziert".

1.1.4. Erklärungsversuche

Sozialer Abstieg und schwierige Lebensumstände

In der Diskussion um die Begründung der Schizophrenie-Häufigkeit in der Unterschicht stehen sich zwei Meinungen gegenüber: die eine nimmt als Grund die schwierigeren Lebensbedingungen in dieser Sozialschicht an, die andere besagt, dass der Grund im sozialen Abstieg von Angehörigen höherer in die Unterschicht liegt. (Neuerdings wird auch eine Kombination dieser beiden Möglichkeiten diskutiert.)

Die Drift-Hypothese ist eine unter dem Obertitel "soziale Selektion" bekannte Erklärungsmöglichkeit und ist als Reaktion auf die Ergebnisse von FARIS und DUNHAM (1933) zu verstehen. Sie nimmt an, dass Schizophrene als Folge ihrer psychosozialen Behinderungen durch ihre Krankheit vermehrt zu ökonomisch und sozial schlecht gestellten Bevölkerungsgruppen abwandern. Als die Untersuchung von LEMKAU, TIETZE et al. (1941) und jene von CLARK (1949) einen "drift" von höherer beruflichen Stellung zu tieferer festhielten, wurde die Drift-Hypothese erweitert. In ihrer weitesten Fassung besagt sie, dass die Schizophrenen als Folge ihrer Krankheit einen sozialen Abstieg erleiden und deshalb vermehrt in der untersten Sozialschicht anzutreffen sind.

Um dieses Problem zu studieren, wurde die soziale Mobilität der Betroffenen untersucht. Es zeigte sich, dass die Resultate uneinheitlich sind: einige Untersuchungen fanden eine soziale Abwärtsbewegung inbezug auf die berufliche Stellung (SCHWARTZ, 1946, LYSTAD, 1957, TURNER, 1968), während andere diese Abwärtsmobilität nicht bestätigt fanden (HOLLINGSHEAD und REDLICH, 1958, CLAUSEN und KOHN, 1958, DUNHAM, 1964).

Da dieser Weg kein eindeutiges Ergebnis ergab, wurde die soziale Lage (Beruf) der Väter der an Schizophrenie Erkrankten untersucht. Falls diese der untersten Sozialschicht angehören, wurde angenommen, dass die Lebensumstände in dieser Schicht vermehrt zu psychischen Krankheiten führen und, dass die Drift-Hypothese keine geeignete Erklärungsmöglichkeit darstellt. SROLE et.al.

(1962) fanden eine Korrelation zwischen psychischer Erkrankung und dem Sozialstatus der Eltern, während GOLDBERG & MORRISON (1963) diese für England und Wales nicht belegen konnten. TURNER & WAGENFELD (1967) sammelten die ausführlichsten Daten über die Klassenherkunft, die soziale Mobilität und die soziale Position schizophrener Männer in Rochester (New York). Sie stellten etwas Besonderes fest: Die Erkrankungsrate war sowohl für Leute besonders hoch, die selbst der Unterschicht angehören, als auch für solche, deren Väter dieser Schicht angehören, wobei für die Betroffenen jeweils das eine oder das andere, nicht aber beides zusammen zutraf. Einige, deren Väter zur Unterschicht gehörten, bewegten sich aufwärts, andere bewegen sich von einer höheren in die unterste Schicht. Dies bedeutet, dass wohl soziale Abwärtsbewegung die grössere Erkrankungshäufigkeit mitverursachen, nicht aber alleine erklären kann. Es scheint Anzeichen dafür zu geben, dass sowohl sozialer Abstieg, als auch erschwerte Lebensbedingungen zu erhöhtem Erkrankungsrisiko führen. Die Drift-Hypothese alleine kann die erhöhte Erkrankungshäufigkeit in der Unterschicht nicht erklären.

Stress und psychische Erkrankung

Eine weitere Annahme geht davon aus, dass erhöhte seelische Belastung die Entwicklung einer schizophrenen Disposition begünstigen könnte. Die Hauptschwierigkeit bei der Ueberprüfung dieser Hypothese liegt darin, dass die Messung der individuellen Belastung (Stress) äusserst schwierig ist. Obwohl keine der Untersuchungen alle methodischen Schwierigkeiten überzeugend meistern konnte, lassen sich einige Tendenzen aufzeigen. So fanden ROGIER & HOLLINGSHEAD (1965) nicht nur, dass erhöhte Stressbelastung in den unteren Sozialschichten allgemein feststellbar ist, sondern bezüglich der psychischen Erkrankung, dass die Erkrankten im Jahr vor der Erstmanifestation mehr Belastungen ausgesetzt waren als die Angehörigen der nicht-kranken Kontrollgruppe. LANGNER & MICHAEL (1963) fanden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Stressbelastung und Sozialklassenzugehörigkeit und im weiteren einen solchen zwischen Stressbelastung und schlechter seelischer Gesundheit.

Verschiedene Arbeiten befassten sich mit dem Stress in der Arbeitssituation der Unterschichtsangehörigen. Wenn wir annehmen, dass Stress dann besteht, wenn man unzufrieden ist, das Erwünschte nicht erreichen kann oder in grosser Unsicherheit lebt, sind die folgenden Resultate besonders interessant. So fand KORNHAUSER (1965) einen Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit der Arbeit und geringerer psychischer Gesundheit. Er sagt, dass je höher die Beschäftigung (bezogen auf Verantwortung und Bezahlung, Fachkenntnisse und Verschiedenheit der Arbeitsgänge) sei, desto höher ist der Grad der psychischen Gesundheit im allgemeinen. In der genaueren Analyse der Arbeitsbedingungen, die für die genannten Befunde verantwortlich gemacht werden konnten, ergab sich, dass die Unmöglichkeit, bei der Arbeit seine Fähigkeiten anwenden zu können, die Unsicherheit, den Arbeitsplatz zu behalten, schlechtes Auskommen mit dem Vorarbeiter, Chef und Kollegen, mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten, zu geringer Verdienst und grosse, unüberschaubare Betriebe wichtige Faktoren für die psychische Gesundheit darstellen. GARDELL (1971) kam in Schweden zu übereinstimmenden Resultaten. Insbesondere fand sie einen Zusammenhang zwischen maschinenbestimmter Arbeit und schlechter psychischer Gesundheit.

Es zeigt sich, dass die Arbeitssituation der Unterschicht vermehrte Belastungen mit sich bringt und sich so die Möglichkeit der psychischen Erkrankungen gegenüber anderen Schichten erhöht.

SROLE et al. (1962) fanden Unterschiede im Mass der psychischen Störungen in den verschiedenen Schichten auch dann, wenn das Mass der Stressbelastung konstant gehalten wurde. Es verhält sich so, dass die Angehörigen der Unterschicht bei jeder Stressbelastung vermehrt zu psychischen Erkrankungen neigen als die Angehörigen anderer Schichten. Es scheint als seien Unterschichtsangehörige nicht bloss vermehrt Stress-Situationen ausgesetzt, sondern dass sie auch schlechter mit diesen umgehen können, dass ihre individuellen Fähigkeiten durch ihre Lebensbedingungen eingeschränkt werden (DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1969). Die Belastungen, denen sie unterworfen sind, sind nicht nur wenig beeinflussbar (und wohl am wenigsten durch sie selbst), sondern es scheint, dass die institutionellen Hilfeleistungsagenturen für sie weniger zugänglich sind als für die Angehörigen der anderen Schichten.

Life - events

Seit der Mitte der 60er Jahre begann sich, basierend auf der Kritik an der psychiatrischen Epidemiologie, ein neuer Ansatz der empirischen Erforschung sozialer Ursachen von Krankheiten zu entwickeln. Die neue life-event-Forschung schenkte einer bestimmten unabhängigen Variabel, den lebensverändernden Ereignissen, spezielle Aufmerksamkeit. Dabei wird ein globales Mass verwendet, das für eine Vielzahl von lebensverändernden Ereignissen steht, die eine Person in einer bestimmten Zeit erlebt. Auch in dieser neuen Forschungsrichtung sind nicht alle Mängel der Epidemiologie behoben, so fehlt die einheitliche Definition des Begriffs "psychische Störung". Ebenso fehlen die reinen Feld-Untersuchungen. Die Arbeiten befassen sich meist mit klinischen Fällen. Zudem sei hier eine mögliche allgemein-psychologische Fehlerquelle erwähnt: das Bedürfnis des Individuums, eine Erklärung für das Aussergewöhnliche in seinem Leben (z.B. Krankheit) zu finden, kann dazu führen, dass belastende Life-events richtiggehend aufgespürt werden, weil sich das Interesse des Forschers mit dem des Patienten in auffallendem und ungewöhnlichen Ausmass deckt. Als Vorteil bietet dieses Konzept die Berücksichtigung der zeitlichen Dimension. (KATSCHNIG, 1980)

Wenn DOHRENWEND (1975) eine "wahre Büchse der Pandora" an methodischen Problemen bei epidemiologischen Studien antrifft, so ist dieselbe auch in den Untersuchungen über life-events zu finden.

Heredität

Neben den erwähnten sozialen Faktoren werden auch immer wieder genetische in die Diskussion eingeführt. In Zwillings- und Adoptionsuntersuchungen konnte die Bedeutung genetischer Faktoren eindeutig belegt werden. Im Mittel sind etwa die Hälfte aller eineiigen Zwillingspaare und etwa ein Zehntel aller zweieiigen Zwillingspaare für Schizophrenie konkordant (LAUTER, 1977).

Gerade die Zwillingsforschung, die zwar eine genetische Beteiligung belegt, zeigt uns, dass diese alleine keine genügende

Erklärung anbietet. Andere, nicht-genetische Faktoren müssen bei der Entstehung psychischer Krankheiten eine wesentliche Rolle spielen. Setzen wir den erblichen Dispositionsfaktor - der teilweise für das Erkrankungs geschehen mitverantwortlich ist - in Beziehung zu den verschiedenen sozialen Schichten, so fragt sich, weshalb dieser in sozial tieferen Schichten vermehrt auffindbar sein sollte. Wie wir früher festgestellt haben, gibt es - zumindest für einen Teil der Erkrankten - einen sozialen Abstieg. Dieser könnte dazu führen, dass sich zu den bereits vorhandenen erblich belasteten neue Kranke gesellen und sich so deren Konzentration in den unteren sozialen Schichten erhöht. Da aber die tatsächlich gemessene Abwärtsmobilität sehr gering ist, vgl. TURNER und WAGENFELD (1967), kann diese genetisch induzierte soziale Abwärtsbewegung nicht allein die höhere Inzidenzrate von Schizophrenie in der Unterschicht erklären.

1.1.5. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wohl keine der angeführten Annahmen ausreichend ist, um zu erklären, weshalb die Erkrankungshäufigkeit in der unteren Sozialschicht grösser ist. Es scheint, dass die Lebensbedingungen in den unteren Schichten, die Fähigkeit der Leute, mit ihren Schwierigkeiten umzugehen, herabsetzt. Zusammen mit erhöhter genetischer Krankheitsanfälligkeit und dem Erleben von grösserer Stressbelastung, welche beide in der unteren Schicht vermehrt anzutreffen sind, lässt sich ein dreifaches Risiko für die Angehörigen dieser Schicht festhalten.

Bis jetzt haben wir aufgezeigt, dass die Erkrankungshäufigkeit in den verschiedenen Schichten ungleich verteilt ist und wir haben dafür einige Gründe angeführt. Wir verstehen jetzt etwas besser, weshalb der Anteil der Unterschichts-Angehörigen an den psychisch Kranken grösser ist, als derjenige der übrigen Schichten. Im Folgenden wenden wir uns den Therapiemöglichkeiten zu. Wir fragen uns dabei, ob die geschilderten Schichtunterschiede durch die Behandlungsmöglichkeiten eher verkleinert oder vergrössert werden.

1.2. Schicht und Behandlung

1.2.1. Uebersicht

Zu einem bedeutungsvollen Resultat sind HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) gekommen, als sie untersuchten, durch wen die Patienten der verschiedenen Schichten in die Klinik eingewiesen wurden. Unterschichtsangehörige kamen mehrheitlich durch die Polizei oder das Gericht in Kontakt mit psychiatrischen Versorgungsinstitutionen. In den oberen Schichten kommen die Patienten durch den Arzt oder die Familie in die Klinik.

Dieselben Autoren beschreiben, dass die Angehörigen der oberen Schichten mehr Behandlungstermine bei Privat-Psychiatern angesetzt erhalten als Angehörige unterer sozialer Schichten. Dasselbe gilt auch für die Dauer der Sitzungen. MYERS und SHAFFER (1954) fanden dieselbe Situation an öffentlichen Institutionen, deren Benutzung kostenlos ist.

Ein Grossteil der Patienten aus Schicht V erhält gar keine Behandlung, sondern wird psychiatrisch verwahrt. HOLLINGSHEAD & REDLICH sprechen von "custodial care". Die Angehörigen der unteren Sozialschichten erhalten bei Psychosen zu 90% entweder eine somatische oder gar keine Therapie, während ebensolche Krankheiten bei den oberen Sozialschichten zu weniger als 50% mit diesen Therapien behandelt werden.

In diesen Zusammenhang gehört auch die Tatsache, dass 64% der Patienten aus Schicht V, die "custodial care" in einem öffentlichen Krankenhaus erhalten haben, nie zuvor eine andere Art von Behandlung genossen, während dies bei Angehörigen oberer Schichten oft die letzte Station einer langen Kette von Therapie-Versuchen darstellt. GLEISS et al. (1973) nehmen die Verordnung von "custodial care" als Operationalisierung für das "Aufgeben" eines Patienten. Dies würde dann heissen, dass ein Grossteil der Unterschichtspatienten von Anfang an von den psychiatrischen Institutionen aufgegeben ist, während dies bei Oberschichtspatienten - wenn überhaupt - erst nach mehreren

Therapie-Versuchen eintritt.

Verschiedene Autoren beschrieben, dass die Schichtzugehörigkeit ein signifikanter Faktor für die Behandlung psychischer Störungen darstellt. So sagen beispielsweise HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958, s.196): "Wir haben echte Unterschiede hinsichtlich Behandlungseinrichtung, Therapieform und Behandlungsdauer bei verschiedenen Schichten festgestellt".

1.2.2. Selektion des Versorgungssystems

Bereits vor dem Stadium der Behandlung bestehen grosse Unterschiede für die verschiedenen Schichten. Eine Reihe von Untersuchungen beschäftigt sich mit Leuten, die um Therapie baten, aber abgelehnt oder hingehalten wurden. SABAGH et al. (1966) untersuchten die Wartelisten eines Krankenhauses für psychisch retardierte Kinder, speziell den Zusammenhang zwischen einerseits der Dauer bis zur Aufnahme und andererseits bestimmter Charakteristika des Patienten und seiner Familie. Sie kamen zum Ergebnis, dass weder der Grad der Schädigung des Kindes, noch die Belastung für die Familie die Wartedauer des Patienten beeinflusste. Einziger und höchst signifikanter Zusammenhang bestand zwischen dem Einkommen der Familie des Patienten und der Wartedauer: je grösseres Einkommen die Familie hatte, desto geringer war die Wartedauer und umgekehrt. Dieser Befund für ein öffentliches Krankenhaus fand seine Bestätigung auch, und sogar noch in vermehrtem Ausmass, für private psychiatrische Einrichtungen (CLOWARD, 1963).

MYERS und SHAFFER (1954) geben die Raten der Abgewiesenen einer Tagesklinik wie folgt an:

Schicht V:	64 %
Schicht IV:	22 %
Schicht III:	9 %
Schicht II:	11 %
Schicht I:	-

Tab. 5

Diese Untersuchung belegt, dass untere Schichten nicht nur bei der Behandlung, sondern auch bei der Rehabilitation benachteiligt werden.

1.2.3. Erreichbarkeit der Therapie

Die Therapeuten sind für die Patienten unterschiedlich erreichbar. Die örtliche Verteilung der Psychiatrie-Einrichtungen ist meist auf ein kleines Gebiet konzentriert, wobei diese Konzentration nicht etwa in den dicht besiedelten Wohngebieten aufzufinden ist, sondern eher in den exklusiven Oberschichtsquartieren oder im Gebiet des Stadtkerns oder der Universitäten. Dieser Umstand trägt dazu bei, dass nicht alle Therapie-Suchenden zum Ziel gelangen. Er zeigt auch wieder eine Bevorzugung oberer Schichten, weil diese weniger Zeit zum Erreichen der Therapie aufbringen müssen, und weil sie sich in ihrer natürlichen Umgebung besser zurecht finden als die Angehörigen unterer Schichten.

Diesen Befund können wir auch einmal für die Stadt Zürich belegen:

Aufgrund der Aerztestatistik der Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich und Angaben aus dem Telefonbuch zeigt sich folgende Situation in bezug auf die Verteilung der praktizierenden Psychiater in der Stadt Zürich: Etwa 60 % der Psychiater haben ihre Praxis in den angesehenen Stadtkreisen 6 und 7; im Stadtkern praktizieren 18 %. So verbleiben für die weitaus volkreicheren Stadtteile, wo zusammen etwas 80 % der Stadtbevölkerung wohnen, noch lediglich ein Fünftel der praktizierenden Psychiater. (Statistik 1978)

Ein weiteres Erschwernis für untere Schichten, Therapie zu erhalten, liegt so offen, dass wir es hier nur kurz erwähnen wollen: die Kosten. Obwohl die Krankenkassen verpflichtet sind, nicht-psychoanalytische Psychotherapien, welche durch einen Arzt durchgeführt werden, zu übernehmen, herrscht in der Praxis eine zeitliche Beschränkung dieser Kostenübernahme vor. (Mehr noch, diese zeitliche Beschränkung dient als Operationalisierung der -nicht überprüfbaren und dem Charakter nach völlig

willkürlichen - Bestimmung, wonach die tiefenpsychologische Therapie von den Schweizer Krankenkassen nicht bezahlt wird.)

Der Kassentarif beträgt zur Zeit (Januar 1982) etwa Fr. 98.-- für eine Therapiestunde, wobei dieser nicht überall Anwendung findet. Die Abweichungen nach oben betreffen angesehene Therapeuten, die ihre Preise auf dem (krankenkassen-)freien Markt festsetzen, die Abweichungen nach unten betreffen sozial aufgeschlossene Therapeuten, welche die Höhe des Honorars nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Patienten festsetzen. Da in vielen Fällen - vor allem bei länger dauernden Therapien - der Patient die Behandlung selbst bezahlen muss, ist die Höhe des Honorars von grösster Wichtigkeit. Wie gross der Teil der Psychotherapie-Kosten ist, den die Patienten selbst bezahlen, lässt sich nicht ermitteln, weil darüber keine Statistiken geführt werden.

Während in der Diskussion um die möglichen Gründe der schichtspezifischen Struktur des Eisberges (im speziellen geht es um den unsichtbaren, also nicht behandelten Teil) die bis jetzt erwähnten strukturell bedingten Benachteiligungen kaum ihren Niederschlag gefunden haben, erscheinen oft andere Begründungen, die wir kurz referieren wollen.

1.2.4. Informationsmangel

In verschiedenen Untersuchungen bestätigt sich die Hypothese, wonach Leute aus unteren Sozialschichten weniger gut über psychiatrische Erkrankungen, deren Therapierbarkeit, Aetiologie und therapeutische Einrichtungen informiert sind als Leute aus oberen Sozialschichten (HOLLINGSHEAD & REDLICH, 1958).

Wir sollten aber auch die Botschaften, die von den institutionalisierten Hilfeleistungsagenturen zum Thema "Krankheit : Gesundheit " gesendet werden, daraufhin überprüfen, ob sie für alle Sozialschichten die gleiche Bedeutung haben und von gleichen Voraussetzungen ausgehen. Für amerikanische Verhältnisse konnte gezeigt werden, was wir für die Schweiz nur vermuten können: Der Prototyp des psychisch Gesunden entspricht allein den Wert-

vorstellungen der Mittelschicht (GURSSLIN et al., 1959). Die vermittelte Botschaft setzt ein Lebensniveau voraus, das für die unteren Schichten unerreichbar ist.

Patienten der Unterschicht haben Schwierigkeiten, ein Gespräch als Medizinische Behandlung zu begreifen. Bereits die Tatsache, dass sie sich (wenn überhaupt) viel eher an einen Arzt wenden als an einen Psychiater (GURIN et al., 1960) oder Psychologen, weist darauf hin, dass sie eher eine somatische Behandlung erwarten; HOLLINGSHEAD & REDLICH sprechen hier von einer Erwartung nach "pills and needles". CARLSON (1965) meint, dass diese Art von Behandlung einem besonderen Bedürfnis der Unterschichtsangehörigen entgegenkomme. Damit soll wohl die weitverbreitetste Art von Behandlung gerechtfertigt werden. Dass diese Behauptung CARLSONS jeder Grundlage entbehrt, zeigt ein Vergleich zur Unfallmedizin, den GLEISS et al. (1973) heranziehen: Kein Arzt würde wegen der entsprechenden Erwartung des Patienten einen Beinbruch mit kalten Umschlägen behandeln.

Die erwähnte Schwierigkeit, ein Gespräch als Behandlung zu verstehen, begreifen wir als Teil der Wirklichkeit der Unterschichtspatienten, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass sie ja, wenn überhaupt, meist medikamentös behandelt werden (vgl. Abschnitt "Schicht und Behandlung"). Ihre Erwartung ist also gar nicht abwegig. Wenn wir aber die entsprechenden Untersuchungen ansehen, so gilt der als informiert, der am ehesten den "psychiatric point of view" einnimmt, wobei dieser eher fortschrittlich ausgelegt wird: hier gilt nicht die in der Realität am häufigsten angewandte "custodial care" als psychiatrisch indizierte Behandlungsart, sondern eine irgendwie geartete Gesprächstherapie. So kann es geschehen, dass Leute als uninformatiert gelten, wenn sie die in der Realität am meisten verbreitete Art mit psychisch Kranken umzugehen als die adäquateste bezeichnen. Wenn Leute als uninformatiert gelten, weil sie Aussagen machen, die zwar der Wirklichkeit, aber nicht den (Wunsch-) Vorstellungen der Forscher entsprechen, dann muss man sich fragen, ob der Begriff "informiert" korrekt angewandt wurde.

1.2.5. Negative Einstellungen gegenüber psychiatrischen Institutionen

Auf dem Weg, sozialpsychiatrische Postulate zu verwirklichen - also Patienten vermehrt ausserhalb der Klinikmauern zu behandeln -, ergaben sich vermehrte Kontakte zur Oeffentlichkeit und damit auch gleich Probleme. Zu lange war die Psychiatrie in ihrer Isolation verharnt, als dass dieser Uebergang reibungslos hätte vonstatten gehen können. Die Zusammenarbeit mit der Bevölkerung - und um diese Zusammenarbeit geht es in der Sozialpsychiatrie - ist conditio sine qua non für die Vorsorge (Früherkennung und Prävention), die Nachsorge (Verhindern von Rückfällen, v.a. von Wiederaufnahmen) und speziell die Rehabilitation (soziale und wirtschaftliche Wiedereingliederung).

Die Pioniere der Sozialpsychiatrie mussten bald feststellen, dass ehemalige Psychiatrie-Patienten nicht gerade mit offenen Armen von den Laien aufgenommen werden. In verschiedenen Untersuchungen wurde gezeigt, dass Personen aus unteren Sozialschichten den psychiatrischen Institutionen gegenüber eine ablehnendere Haltung einnehmen als Leute aus der Mittel- und Oberschicht (DOHRENWEND und CHIN-SHONG, 1967). Unterschichtsangehörige geben auch viel seltener eine Person in einem "mental Health"-Beruf als mögliche Hilfeleistungsagentur an (GURIN et al., 1960). MICHAEL (1967) zeigte, dass dies auch der Fall ist für Personen aus der Unterschicht, die bereits Kontakt zu solchen "mental health"-Berufen hatten. Im Gegensatz zu ihnen stehen die Angehörigen oberer Sozialschichten: der Kontakt zu psychiatrischen Institutionen bestärkt bei ihnen die Ansicht, dass diese bei der Lösung bestimmter Probleme am besten helfen können.

Wenn wir uns die Realität in den psychiatrischen Institutionen für die Unterschichtsangehörigen vergegenwärtigen (vgl. "Schicht und Behandlung"), sehen wir, dass die erwähnten negativen Einstellungen eine reale Basis haben. Dies sollte man vor Augen halten, wenn man versucht, die Einstellungen dieser Schichten zu verändern. GLEISS et al. (1973) meinen dazu:

"... an der Misere psychiatrischer Asyle ändert sich nichts dadurch, dass man ihnen gegenüber eine positive Einstellung ge-

winnt, sondern die Haltung von Personen niedriger sozialer Herkunft kann sich erst dann positiv verändern, wenn sich die psychiatrische Versorgung auch für sie verbessert hat" (S.125).

In diesem Zusammenhang sei auch noch die Angst vor der Stigmatisierung genannt. Damit meinen wir die Angst vor den sozialen Folgen, die entstehen können, wenn die Umwelt über eine psychiatrische Erkrankung oder eine psychiatrische Behandlung Kenntnis erhält. Wenn sie erst einmal öffentlich wahrgenommen wird, dann setzt ein gesellschaftlicher Prozess ein, der mittels Stereotypisierung zur sozialen Diskriminierung führt. Dieser Prozess, den SCHEFF "Etikettierung" nennt, ist seinerseits Hauptursache für das Einschlagen einer Laufbahn, die WIESER (1973) als "soziale Antikarriere" bezeichnet.

DOHRENWEND und CHIN-SHONG (1967) fanden in der Unterschicht eine erhöhte Tendenz, Leute mit Kontakten zur Psychiatrie zu meiden. MYERS und BEAN (1968) zeigten, dass die Bereitschaft in unteren Sozialschichten geringer ist, psychisch erkrankte Familienmitglieder wieder in die Familie aufzunehmen als in oberen Schichten. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Befund auf die Arbeitswelt übertragen lässt.

1.3. Zusammenfassung

Die epidemiologischen Untersuchungen haben nicht nur belegt, dass Angehörige unterer sozialer Schichten vermehrt an psychischen Leiden erkranken, sondern auch, dass ihre Behandlung quantitativ und qualitativ schlechter ist als die Behandlung von Erkrankten aus den höheren sozialen Schichten. Um diesen Zustand bildlich zu erläutern, greifen verschiedene Autoren (WATTS, 1969, LAST, 1963) zum Bild des Eisbergs. Dem sichtbaren Teil des Eisbergs, die institutionell wahrgenommenen und behandelten (verwalteten) psychischen Störungen, steht der weit grössere unsichtbare Teil gegenüber: die zwar gestörten, aber nicht wahrgenommenen und nicht behandelten psychischen Störungen.

Wie wir gezeigt haben, ist der erwähnte Eisberg spezifisch

strukturiert: gesamthaft umfasst er mehr Angehörige der unteren Schichten als Angehörige oberer Schichten. Die Unterschichts-Angehörigen sind aber nicht bloss im gesamten in der Gruppe der psychisch Kranken übervertreten, sondern insbesondere im unsichtbaren Teil des Eisberges, also in der Untergruppe der institutionell nicht Erfassten: sie erhalten weniger Therapie als die Angehörigen oberer Sozialschichten.

Wer den unsichtbaren Teil des Eisberges verlassen will, wer Behandlung will, der muss seine Störung wahrnehmen und aktiv Therapie suchen, er muss andererseits auch Platz in einer Versorgungsinstitution erhalten. Der Grund der schichtspezifischen Struktur kann zum einen bei der schichtabhängigen Versorgung, zum andern beim unterschiedlichen Krankheitsverhalten und dort z.B. bei unterschiedlichen Einstellungen gesucht werden.

Den Einstellungen der Laien gilt unsere spezielle Aufmerksamkeit. Wir wollen untersuchen, welche Unterschiede in den verschiedenen Schichten, Alters- und Geschlechtsgruppen in bezug auf das Umgehen mit psychischen Störungen bestehen. Uns interessieren die unterschiedliche Wahrnehmung, die unterschiedlichen Massnahme-Vorschläge und Ursachen-Zuschreibungen in der Bevölkerung.

2. Krankheitsverhalten und Einstellungen gegenüber psychischen Störungen. Die sozialwissenschaftliche Betrachtungsweise.

Die erwähnten epidemiologischen Untersuchungen und deren mannigfaltige Interpretationen konnten die schichtspezifischen Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen nicht zufriedenstellend begründen. Es lohnt sich deshalb, in den Nachbar-disziplinen zur medizinischen Epidemiologie nach weiteren Erklärungskonzepten zu suchen. In der neueren Soziologie, die sich bereits innerhalb der Rollentheorie mit der Rolle des Patienten befasste (T. PARSONS, 1951), wuchs ein neuer Zweig heran, die Medizin-Soziologie und speziell die Psychiatrie-Soziologie, die vielseitige und recht erfolgreiche Konzepte anzubieten hat. Insbesondere das Gebiet "Krankheitsverhalten" ist für uns wichtig.

Daneben bietet die Sozialpsychologie Ansätze, die zur Erklärung der gefundenen Schichtunterschiede beitragen können. Von grundlegender Bedeutung für diese Wissenschaft ist das Konzept "Einstellung". Diesem wollen wir im Zusammenhang mit psychischen Störungen nachgehen. Wie wir zeigen werden, bildet die Einstellung einen Teil des umfassenderen Konzepts Krankheitsverhalten.

2.1. Krankheitsverhalten

Mit jeder Krankheit ist gleichzeitig auch ein Krankheitsverhalten gegeben. Es bestimmt u.a. wie die Bevölkerung bei Erkrankungen handelt, wann sie sich etwa entschliesst, zum Arzt zu gehen, d.h. die institutionalisierte Versorgung zu beanspruchen. Zum Krankheitsverhalten gehören individuelle Krankheitskenntnisse, ätiologische Urteile und Vorurteile, die Bereitschaft, die Rolle des Kranken zu übernehmen, die gesamten bewussten und verdrängten Vorstellungen über Krankheitsverlauf und Krankheitsfolgen.

Das Studium des Krankheitsverhaltens umfasst nach MECHANIC, 1978, das Studium der Aufmerksamkeit gegenüber Schmerzen und Symptomen, die Ueberprüfung der Prozesse, die die Definition von Schmerz und Symptomen beeinflussen, die zugeordnete Bedeutung, die soziale Benennung und das Ausmass der Hilfesuche, der Lebensveränderung und der Beanspruchung anderer. Für das Studium des Krankheitsverhaltens ist seiner Meinung nach nicht nur der Teil der Bevölkerung wichtig, der Hilfe sucht, sondern auch der Teil, der keine Hilfe sucht.

Krankheitsverhalten kann angesehen werden als soziale und kulturelle Konditionierung oder als Teil eines umfassenden Problemlösungs-Prozesses, der unter Zuhilfenahme aller vorhandenen Ressourcen (z.B. Emotionen, Kognitionen, Erfahrungen, etc.) einem Individuum in grossen Schwierigkeiten helfen soll, die Situation zu bewältigen.

Verschiedene Untersuchungen zeigten grosse sozio-kulturelle Unterschiede im Krankheitsverhalten. KOOS (1954) berichtet, wie sich Oberschichtsangehörige beim Vorhandensein gewisser Symptome viel eher als krank bezeichnen als Angehörige unterer Schichten. Umgekehrt berichtet CLARK (1959) von Mexiko-Amerikanern, dass sich diese als krank bezeichnen, während die Aerzte keine Krankheit feststellten. ZBOROWSKI (1952) zeigte, wie Juden, Italiener, "Old Americans" und Iren unterschiedlich auf Schmerzen reagierten. In der Literatur finden wir breite Uebereinstimmung dahingehend, dass die ethnische und soziale Verschiedenheit des Krankheitsverhaltens bejaht wird.

Krankheitsverhalten ist nicht nur von sozialen Faktoren abhängig. Die Symptome, auf welches sich das Krankheitsverhalten bezieht, sind auch sehr bedeutsam. Je untypischer diese werden und je unvertrauter sie sind, desto wichtiger werden diese und die sozialen und situativen Faktoren verlieren an Bedeutung. Zwar spielen Familienzusammensetzung, peer-pressures, Alters- und Geschlechtsrollen, sowie die Erreichbarkeit medizinischer Dienstleistungen und das Ausmass der allgemeinen Bedrohung eine wichtige Rolle, aber auch die Art und das Ausmass der Symptome sind wichtig.

Wichtige Aspekte des Krankheitsverhaltens sind die Wahrnehmung der Krankheit, die Verarbeitung und das daraus resultierende Verhalten (z.B. Hilfesuche), MECHANIC, 1978, Annahmen über die Ursachen, Beurteilung der Therapie-Chancen und die Einschätzung des Krankheitsverlaufes.

Wenn wir uns den Begriff "Krankheitsverhalten" vergegenwärtigen, fällt uns seine Komplexität auf. Das Krankheitsverhalten umfasst - im Gegensatz zu dem so eindeutig klingenden Namen - neben dem eigentlichen Verhalten auch die kognitiven und affektiven Aspekte, so z.B. das Wahrnehmen und Verarbeiten der Störung und die Ängste, welche eine solche Störung begleiten.

Bevor wir den Zusammenhang zwischen Krankheitsverhalten und Einstellung genauer beschreiben, wollen wir, als wichtige Ergänzung des Konzepts Krankheitsverhalten, uns dem "Verweis-System", das von FREIDSON (1972) dargestellt wurde, zuwenden. Dieses stellt eine Art Bezugsrahmen dar, innerhalb dessen Krankheitsverhalten zutage tritt.

2.2. Das Verweis-System

Wir wissen sehr wenig über den Weg, wie eine Person mit psychischen Schwierigkeiten Hilfe sucht. Es mag sein, dass sie zuerst selbständig irgendwie Abhilfe sucht, oder dass sie sich mit Familienmitgliedern, Nachbarn oder Arbeitskollegen bespricht, um so verschiedene Ansichten und Vorschläge zu hören. Diese kann sie anlässlich eines Arzt-Besuches mit der Meinung des Fachmannes vergleichen. Die Hilfesuche bei den Nicht-Fachleuten ist sehr verbreitet und lange nicht jede dort erkannte Störung kommt später zum Fachmann. Das Netz von Personen aus der sozialen Umgebung eines Hilfesuchenden nennt FREIDSON das Laien-Bezugssystem. Dies im Gegensatz zum Experten-Bezugssystem, das Ärzte, Psychologen und die entsprechenden Institutionen (Poliklinik, Beratungs-Dienst etc.) umfasst.

Bereits innerhalb des Laiensystems werden Urteile über die

Art der Störung gemacht und therapeutische Massnahmen versucht. Hier wird entschieden, ob eine Störung als Krankheit zu bezeichnen sei. Dieser Entscheid ist von weitreichender Bedeutung. Wer den Status eines Kranken zugeschrieben erhält, ist von zahlreichen Verpflichtungen befreit und wird insbesondere nicht für seinen Zustand verantwortlich gemacht. Dieser Entscheid muss von einem Experten bestätigt werden. Zu den Experten zählen die Haus- und Spezialärzte, sowie die Institutionen der Gesundheitsversorgung (Ambulatorium, Krankenhaus). Längst nicht alle Leute mit psychischen Störungen gelangen bis ins Expertensystem; erst wenn die zahlreichen, sich oft über lange Zeiträume erstreckenden Laientherapie-Versuche versagen, kommt der Gang zum Experten zustande.

Jedermann kann, als Teil des Laiensystems, in die Lage kommen, ein bestimmtes Verhalten als krank oder nicht-krank bezeichnen zu müssen.

Solche Beurteilungen sind nicht nur abhängig von der Art und dem Ausmass der Störung, sondern auch von der weltanschaulichen und speziell von der medizinischen Orientierung, von den kulturellen Werten, aber auch von der Art der Beziehung zur hilfesuchenden Person, von deren Alter, Geschlecht und sozialer Stellung.

In unserer Untersuchung versuchen wir, diesen Prozess der Beurteilung etwas zu erhellen. Dazu dient uns das im Folgenden beschriebene sozialpsychologische Konzept "Einstellung".

2.3. Krankheitsverhalten und Einstellung

Wir haben die uns interessierenden Laienurteile über psychische Störungen nun im soziologischen Bezugsrahmen betrachtet. Wir wissen, dass sie Teil des zu jeder psychischen (und physischen) Störung gehörenden Krankheitsverhalten bilden. Im Verweis-System können Nachbarn, Freunde und Familienmitglieder zu Rate gezogen werden, sie müssen die Störung beurteilen. Diese Urteile werden wir in einem Einstellungsfragebogen erfassen und untersuchen. Dass die erfassten Urteile als Einstellungen zu betrachten sind, wird im folgenden Abschnitt über Einstellung

deutlich. Diese bilden einen Teil des umfassenderen Konzepts Krankheitsverhalten. Letzteres wird von den Einstellungen beeinflusst. Wir interessieren uns für die Bedeutung einzelner Faktoren, z.B. Störungsart, Geschlecht, Alter, soziale Schichtzugehörigkeit, beim Zustandekommen unterschiedlicher Einstellungen. Dabei geht es uns nicht um die affektiven Teile dieser Einstellungen (z.B. Sympathie), sondern um die kognitiven, wie Erfassen der Störung, Bemessung der Störungsintensität, Massnahmenvorschlag und Ursachenzuschreibung. Obwohl der affektiv-emotionale Anteil auch von Bedeutung wäre, so scheint uns für unseren Zweck, nämlich sozialpsychiatrische Strategien für den Aufbau und die Verbesserung der Versorgung planen zu können, der erste Bereich von spezieller Bedeutung.

2.4. Zur Theorie der Einstellungen

Jedermann glaubt in etwa zu wissen, was mit Einstellungen gemeint ist; der Begriff gehört zum alltäglichen Wortschatz. Es mag deshalb erstaunen, dass bis heute in den Sozialwissenschaften keine einheitliche Definition dieses Begriffs gelungen ist. Noch viel erstaunlicher ist es aber, dass die Anwendung des so wenig klaren Begriffs nach Meinung verschiedener Autoren (z.B. SIX, 1976) dennoch recht einheitlich erfolgt. In den meisten Definitionen des Begriffs Einstellung (attitudes, Attitüden) ist die relative Stabilität, also die nur geringe Veränderbarkeit, und die enge Beziehung zum tatsächlichen, offenen Verhalten festgehalten.

Die Geschichte der Einstellungstheorien ist schon recht alt. Bereits zu ALLPORT's Zeiten (1935) waren über 100 verschiedene Definitionen des Begriffs Einstellung bekannt, so dass er sich beklagte, dass Einstellungen besser gemessen als definiert werden können. Daran hat sich bis heute nichts geändert.

ALLPORT hat diesen Definitionen seine eigene, heute klassische zugefügt: "An attitude is a mental and neural state of readiness, organized through experience, exerting a directive or dynamic influence upon the individual's response to all objects and situations with which it is related."

(zit. in BENNINGHAUS, 1976)

Das Einstellungskonzept nimmt einen zentralen Platz in der sozialwissenschaftlichen Forschung ein; ja es kann wohl behauptet werden, dass auf ihm der eigenständige Zweig Sozialpsychologie basiert. Die Wichtigkeit dieses Konzepts kann somit nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Die weite Verbreitung liegt in der angenommenen engen Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten und in der scheinbar einfachen Operationalisierung und Messung begründet. Dabei blieb die Ansicht umstritten, ob Einstellungen als Mittel der Vorhersage von menschlichem Verhalten brauchbar seien oder nicht. In letzter Zeit mehrt sich die Kritik auf theoretischem, methodischem und empirischem Gebiet.

Heute befasst sich eine breite, kaum überschaubare Metatheorie mit den verschiedenen Einstellungstheorien. Sie unterscheidet z.B. lerntheoretische, psychoanalytische und kognitive Einstellungstheorien (FASSHEBER, 1979). HORMUTH (1979) unterteilt die Theorien in folgende Ansätze: konsistenztheoretische, wahrnehmungstheoretische, funktionale und informationsverarbeitende. Die Dissonanztheorien (FESTINGER, 1957), sowie die Lern- und Attributionstheorien (STAATS & STAATS, 1971; JONES & DAVIES, 1967) gelten als die am besten empirisch untersuchten. Diese Ueberprüfungsversuche zeigten, dass die Gültigkeit der Vorhersagen eingeschränkt sind durch situative Bedingungen oder dass die Vorhersage des menschlichen Verhaltens nur gerade in künstlichen Laborbedingungen in einem zufriedenstellenden Mass möglich ist. Die erwünschte Anwendung auf Alltags-Situationen ist nur mit Vorbehalt möglich.

DeFLEUR & WESTIE (1963) bezeichnen zwei Gruppen von Einstellungsdefinitionen, nämlich die Wahrscheinlichkeitskonzeptionen und die Konzeption latenter Prozesse, dabei gelten die letzteren als die am meisten verbreiteten. Auf diese wird auch in der vorliegenden Arbeit zurückgegriffen. Dabei wird Einstellung als hypothetisches Konstrukt verstanden, das selbst nicht direkt beobachtbar ist, sondern Einstellung wird als intervenierende Variabel zwischen Stimulus und Response betrachtet.

In jüngerer Zeit ist mit dem attributionstheoretischen Ansatz eine wesentliche Neuerung in die Theoriebildung der Einstellungen eingeflossen. Grundidee bildet die "naive Psychologie" HEIDER's (1957). Damit meint er die psychologischen Annahmen und Vorstellungen des Laien, sowie dessen Kausalbeziehungen (Attributionen). Diese bestimmen weitgehend, wie man auf ein Ereignis reagiert. Der attributions-theoretische Ansatz befasst sich mit eigenem und mit Verhalten, das bei andern beobachtet wird. Dabei wird versucht, dieses Handeln zu erklären und vorherzusagen. (vgl. HERKNER, 1980).

In diesem Ansatz wurde der Laie immer wieder mit einem Forscher verglichen, der Beziehungen zwischen Ursachen und Wirkung identifiziert. Es wird später, im methodischen Teil dieser Arbeit, ersichtlich, dass ihr daselbe Bild des Laien zu Grunde liegt. Dies weniger aus attributions-theoretischen als vielmehr aus Gründen der Erfahrung und der Klarheit des Versuchsplans. Die Bedeutung des Laien wird nicht nur durch das Laienbezugssystem unterstrichen, sondern hier basiert ein ganz neuer Zweig sozialwissenschaftlicher Forschung auf der Psychologie des "Manns auf der Strasse".

Es muss nicht speziell erwähnt werden, dass sich auch das sozial-psychiatrische Interesse am Laien erweckt, denn in den allermeisten Fällen handelt es sich bei den Patienten und deren Umgebung um Laien. Wie wir gesehen haben, ist sie mit ihrem Interesse nicht allein, es wird von den Soziologen und den Sozialpsychologen nachhaltig geteilt. Deshalb findet es auch seinen Niederschlag in der vorliegenden Arbeit.

Wenn wir die Einstellungen der Bevölkerung "Urteile" nennen, so möchten wir damit den kognitiven Anteil am Konzept "Einstellung" hervorheben, welchen wir in unserer Untersuchung speziell angehen wollen. Wir interessieren uns für die Wahrnehmung und die kognitive Verarbeitung des Phänomens "psychische Störung". Damit sei nichts über die Wichtigkeit dieses Anteils ausgesagt. Für die Planung im Bereich der Sozialpsych-

iatric sind Angaben darüber bis heute viel zu mangelhaft.
(PFLANZ, 1962)

Als Abgrenzung gegenüber "Einstellung" seien hier noch zwei häufig gebrauchte Begriffe kurz erläutert. Uebereinstimmend halten WOLF (1969), GERARD (1979) und DAVIES (1964) "Vorurteile" als stark emotional besetzt, kaum je veränderbar und in der Ausrichtung negativ. Der Unterschied zum "Stereotyp" ist klein und wird gelegentlich auch von Autoren aufgehoben (HEINTZ, 1958). Es beschränkt sich eher auf den kognitiven Aspekt, ist fest, schematisch und weitgehend unrichtig.

Eine zufriedenstellende Unterscheidung der drei Begriffe "Einstellung", "Vorurteil" und "Stereotyp" gelingt nicht. Es ist hier nicht der Ort, die Metatheorie der Einstellung-
en erschöpfend darzustellen. Auf ein zentrales Problem allerdings wollen wir im Folgenden ausführlicher eingehen.

2.5. Das Grundproblem der Einstellungsforschung:

Die Diskrepanz von Einstellungen und offenem Verhalten.

Einstellungsmessungen sind die am häufigsten verwendeten Verfahren in der Sozialwissenschaft. So waren beispielsweise 90 % der Untersuchungen, die 1965 - 66 in den grossen amerikanischen Soziologie-Zeitschriften veröffentlicht wurden, Einstellungsmessungen. Diese Bedeutung hätten Einstellungsmessungen nicht erreichen können, wären sie für Forscher und Auftraggeber nicht besonders praktisch und sparsam. Sie gestatten nämlich verbales Verhalten zu erfassen, was um vieles einfacher zu bewerkstelligen ist, als die Erfassung von offenem Verhalten. (siehe Kapitel 5. Methodenwahl). Ein Grossteil auch der psychologischen Kenntnisse, d.h. Einblicke in menschliches Verhalten, Denken und Fühlen, kommt aufgrund des Studiums des verbalen Verhaltens zustande, aufgrund von Befragungsergebnissen etc. - Obwohl schon 1934 LA PIERRE in seinem Paper "Attitudes versus Actions" die Ansicht vertrat, dass zwischen dem, was Menschen in einer Befragung sagen und dem, was sie tatsächlich in der Realität tun, nicht Uebereinstimmung herrschen

müsse, wurde das Problem "Attitudes and Behaviour" lange Zeit verdrängt und erst 1973 zum wissenschaftlichen Dauerproblem.

Übersichten von WICKER (1969), BENNINGHAUS (1976), MEES (1974) und SIX (1975), die Arbeiten über den Zusammenhang von Einstellungen und Verhaltensweisen sammelten, ergaben, dass Einstellungen entweder gar nicht oder nur geringfügig mit dem entsprechenden offenen Verhalten zusammenhängen. Die Korrelationen erreichten selten Werte über +.30. Die Suche nach den Gründen dieser offensichtlichen Inkonsistenzen geschieht auf verschiedenen Ebenen: Die einen betonen den Einfluss von Störvariablen: andere als die erfassten Einstellungen können das betrachtete Verhalten beeinflussen, jede Art von situativen Faktoren können intervenieren; die Anwesenheit bestimmter Personen oder die Wirksamkeit sozialer Normen kann stören, betrachtete "Einstellungen" und "Verhaltensweisen" können unterschiedlich spezifisch/generell sein, usw.

Die Lösung aus dem Trugschluss der erwarteten Korrespondenz ("fallacy of expected correspondence", DEUTSCHER) zwischen Einstellung und Verhalten liegt für diese Einstellungsforscher darin, eine Mehrzahl von Einstellungen oder eine Kombination erfasster Einstellungen, bei gleichzeitiger Kontrolle von Störvariablen, zur Verbesserung der Vorhersagbarkeit von offenem Verhalten heranzuziehen.

Andere lösen sich ganz davon, aus Einstellungen offenes Verhalten erschliessen zu wollen, drehen den Spiess um und fragen sich: Sind nicht Verhaltensweisen Vorhersagegrössen für soziale Einstellungen? Nach SCHMIDT (1969) scheint Verhalten Einstellungen oft besser vorherzusagen, als umgekehrt verbales Verhalten auf offenes schliessen lässt. (vgl. Attributionstheorie) Doch sind auch die hier berichteten Korrelationen nicht sonderlich hoch.

DEUTSCHER fasst die Situation folgendermassen zusammen: "Gleich welcher Art auch immer die theoretische Orientierung eines Forschers sein mag, er hat keinen Grund zu der Hoffnung, eine Kongruenz zwischen Attitüden und tatsächlichem Verhalten zu entdecken, sondern allen Grund, Diskrepanzen zwischen Ihnen zu erwarten." (1966).

In der Praxis wird jedoch von den meisten Forschern der geringe Wert, der ihre Einstellungsforschung für die Vorhersagbarkeit von tatsächlichem Verhalten hat, stillschweigend übergangen und der Leser wird nicht auf die Beschränktheit dieser Ergebnisse hingewiesen.

Neben den vielen diskutierten methodischen und auch theoretischen Artefakten könnten diese Resultate nach Meinung von INSKO & SCHOPLER (1967) auch einen Grund in der Publikationspolitik haben: es werden viel eher Berichte publiziert, die niedrigere Zusammenhänge zwischen Einstellung und Verhalten aufzeigen als solche, wo der gefundene Zusammenhang - wie erwartet - hoch ist. Solche Arbeiten werden als zuwenig aufregend betrachtet und weniger oft veröffentlicht.

Beim Studium der verschiedenen theoretischen und empirischen Arbeiten auf dem Gebiet der Einstellungen fällt auf, wie defensiv die Autoren sind. Sie zitieren massenhaft Einwände und Kritiken am Einstellungskonzept und vergessen darob zu begründen, weshalb sie dennoch Einstellungsforschung betreiben. Es scheint, als habe La PIERRE (1934) heute noch recht mit seiner Feststellung: "Der Fragebogen ist billig, einfach und mechanisch. Die Untersuchung des menschlichen Verhaltens ist zeitaufwendig, intellektuell anstrengend und der Erfolg hängt von den Fähigkeiten des Untersuchers ab". Es scheint bedeutend einfacher zu sein, das vorhandene Konzept als mangelhaft zu bezeichnen und mit Akribie zahllose Probleme zu identifizieren, als das Konzept wesentlich zu verbessern oder gar sich von ihm zu trennen. Dass in denselben Arbeiten bei der Diskussion der Resultate eben diese Mängel meist wieder vergessen werden, verstärkt den Eindruck, dass die Einwände wenig mehr sind als Alibi-Übungen, um erwarteter Kritik zuvorzukommen.

Wir teilen das Erstaunen von WIDMER (1982) darüber, "wie beharrlich und selbstverständlich weiter an Konzepten, die sich nicht oder nur schlecht bestätigen lassen, festgehalten wird... - dies ohne irgendwelche Einschränkungen".

2.6. Der Einbezug in unsere Arbeit

Wenn wir unsererseits am Einstellungskonzept festhalten, so Versuchen wir einerseits die Bedeutung unserer empirischen Resultate nicht zu überwerten. Wir müssen - der von BENNINGHAUS (1976) geforderten intellektuellen Redlichkeit wegen - festhalten, dass wir einzig verbales Verhalten untersuchen. Andererseits sollen die allergrössten Verzerrungen ausgeschaltet werden. Zudem haben wir mit dem Konzept des "Verweissystems" (FREIDSON, 1972) einen Rahmen, der die Einstellungen als Teil von Alltagshandeln betrachtet. Die Beurteilung von psychischen Störungen ist nicht eine weltfremde, unter Laborbedingungen entstandene Grösse, sondern sie sind nahe am Erleben des Einzelnen. Eine weitere Anpassung an die theoretischen Forderungen nach "Ich-Beteiligung" des Befragten, wie sie v.a. im wahrnehmungstheoretischen Ansatz gefordert wird, erreichen wir durch eine weitgehende Anpassung der in den Fallgeschichten dargebotenen Personen (Stimulus) in bezug auf soziale Schicht und Alter an den Beurteiler. Zudem fragen wir, ob die beschriebenen Lebensumstände häufig vorkommen und noch direkter am Schluss der Befragung, ob in der sozialen Umwelt des Befragten solche Lebensumstände auch vorkommen bzw. vorgekommen sind. Damit haben wir das Einstellungsobjekt sehr nahe zum Befragten gebracht. Gefundene Einstellungen sind somit in recht enger Beziehung zum Beurteiler und es lassen sich nicht unzählige Störvariablen zwischen Einstellung und Verhalten schieben. Es ist uns dabei wohl bekannt, dass damit nicht alle Einwände gegenüber dem Einstellungskonzept ausgeräumt sind. Wir sind aber überzeugt, dass wir damit wesentliche Verbesserungen erreicht haben.

Es sei in Erinnerung gerufen, dass wir unsere Einstellungsuntersuchung als Teil des umfassenderen Konzepts "Krankheitsverhalten" betrachten. Will man mehr über dieses erfahren, was besonders im sozialmedizinischen und sozialpsychiatrischen Rahmen unumgänglich ist (PFLANZ, 1962), so genügen Einstellungsforschungen - auch wenn sie besonders gut angelegt und ihre

Fehler gering wären - keinesfalls. Es braucht weitergehende Untersuchungen, z.B. zur Rolle des Kranken, zu seinen Entscheidungswegen und zum Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und Krankheiten in der Bevölkerung.

Hier stellt sich die Frage, wessen Einstellungen denn zu untersuchen seien. Es wäre sicherlich interessant, die Einstellung von identifizierten Patienten, wie wir sie in Behandlungsinstitutionen antreffen, gegenüber ihren vorhandenen oder zumindest diagnostizierten psychischen Störungen zu erforschen. Hier ergeben sich aber bereits Verzerrungen. Wir hätten die ganze - nicht unbedeutende - Problematik des Diagnose-Prozesses, der seinerseits von den verschiedensten Faktoren abhängig ist, und des Selektionsmechanismus der behandelnden Institutionen als Fehler in unsere Untersuchung einbezogen.

Auch die Suche nach psychischen Störungen in der Bevölkerung, so wie dies in den grossen epidemiologischen Untersuchungen in den USA gemacht wurde, um die Einstellungen der Betroffenen zu erfassen, ist voller Schwierigkeiten. Bereits die Frage, was eine psychische Störung ist, stellt den Felduntersucher vor schier unlösbare Probleme. (Dies ist wohl mit ein Grund, dass die entsprechenden Prozentzahlen für die Bevölkerung zwischen 1 und 82% schwanken).

Wir entschlossen uns für eine Repräsentativ-Studie, wegen der mehrfach dargestellten gewachsenen Bedeutung des Laien. Zudem ist das Wissen um seine Einstellung Voraussetzung für die Planung sozial-psychiatrischer Dienste. Da in der Stadt Zürich bereits eine gewisse Infrastruktur auf diesem Gebiet besteht, erschien es sinnvoll, Grundlagen für diese Versorgungseinheit zu beschaffen. Dies um die Wirkung des Bestehenden zu prüfen und Fehlendes aufzuspüren.

2.7. Schicht + Einstellung versus psychische Störungen

Um bei Auftreten psychischer Symptome den Weg zum Arzt (Therapeut) zu finden, müssen verschiedene Entscheidungsprozesse ablaufen. Der Gestörte (oder jemand aus seiner Umgebung) muss

die Störung als solche wahrnehmen, er muss unter den Symptomen leiden und sich selbst als krank definieren, d.h. er muss eine Laiendiagnose stellen. Im weiteren muss die Störung als behandlungsbedürftig und behandelbar eingeschätzt werden, und zuletzt muss diese Erkenntnis in den Entschluss umgesetzt werden, einen Arzt/Therapeuten aufzusuchen. Der Weg zur Therapie ist also von vielen verschiedenen Entscheidungen abhängig (PFLANZ, 1964). In allen Entscheidungsbereichen wurden nun zum Teil erhebliche Schichtunterschiede festgestellt.

Die erwähnte Tatsache, dass Unterschichtsangehörige meist durch die Polizei oder andere staatliche Instanzen zwangsweise in die Klinik eingewiesen werden, kann als arzt-(therapie-)meidendes Verhalten dieser Gruppe aufgefasst werden, so wie es MOELLER (197) für untere Sozialschichten beschreibt. Wenn wir uns die Therapie-Wirklichkeit für Angehörige dieser Schichten in Erinnerung rufen so sehen wir die arztaverse Einstellung der unteren Schichten als Entsprechung der Krankenaversität des Versorgungssystems; es besteht eine Interaktion zwischen Einstellung und Krankenversorgung.

Es gibt noch weitere Gründe. So stellte KOOS (1954) fest, dass Personen aus den mittleren und oberen Schichten eine viel längere Liste von krankhaften Symptomen als möglicherweise "ernsthaft krank" bezeichnen als Personen unterer Schichten. DOHRENWEND und Ching-Shong (1967) zeigen, dass Angehörige der Mittelschicht Personen, die in psychiatrischen Falldarstellungen (STAR'sche Fallgeschichten) beschrieben waren, in sehr viel höherem Mass als psychisch krank beurteilten, während Angehörige unterer Schichten dieselben Personen als normal bezeichneten. Es besteht keine Uebereinkunft über das, was als "krank" zu bezeichnen ist; die verschiedenen Schichten nehmen das gleiche Verhalten unterschiedlich wahr.

KOOS (1954) beschreibt, dass für die unteren Schichten erst derjenige als krank gilt, der seinen täglichen Pflichten nicht mehr nachkommen kann, der nicht mehr fähig ist, seiner Arbeit nachzugehen; dagegen gelten für Angehörige oberer Schichten auch unsichtbare Störungen des Gefühlslebens und der Erlebniswelt als unnormal (HOLLINGSHEAD und REDLICH, 1958).

Ein anderes wichtiges Merkmal für die Unterschicht zur Beurteilung psychischer Störungen ist die Gefährlichkeit des beschriebenen Verhaltens. Unterschichtsangehörige messen psychopathologisches Verhalten in erster Linie daran, wie sehr andere Personen durch dieses Verhalten gefährdet sind (HOLLINGSHEAD und REDLICH, 1958).

Neben der Wahrnehmung psychischer Störungen besteht auch in bezug auf ihre Verarbeitung ein Schichtunterschied. Die Ursache von Konflikten sehen Unterschichtsangehörige meist in äusseren Umständen der Lebens- und Arbeitsbedingungen (HOLLINGSHEAD und REDLICH, 1958) oder in organischen Störungen ("Somatisieren der Konflikte") (BART, 1968), nicht wie Mittelschichtsangehörige in der psychischen Struktur, frühkindlichen Erlebnissen und dergleichen.

In bezug auf die Suche nach geeigneter Hilfe im Falle psychischer Erkrankungen zeigten GURIN et al. (1960), dass Angehörige unterer Schichten viel seltener eine Person mit einem "mental-health"-Beruf angeben als die Angehörigen anderer Schichten. Sie zeigen gegenüber diesen Institutionen eine ablehnendere Haltung als Mittelschichtsangehörige (vgl. Pt. 2.5.).

In dieser Arbeit soll untersucht werden, ob auch in Zürich solche Unterschiede in bezug auf Schichtzugehörigkeit und Einstellungen feststellbar sind. Bevor wir unsere Fragestellung genauer beschreiben, wenden wir uns andern, ähnlichen Forschungsarbeiten zu.

3. Bisherige Einstellungsuntersuchungen zum Objektbereich psychische Störungen

Viele bisherige Arbeiten berichten über Aspekte des Krankheitsverhaltens, ohne dass sie den Begriff "Krankheitsverhalten" verwenden. Die Autoren sprechen von Attitüden, Einstellungen und Urteilen, oder von Meinungen und Informationen über psychisch Kranke. Dort wo die Autoren die Wahrnehmung und die kognitive und affektive Verarbeitung von psychischen Störungen in Fragebogen-Untersuchungen festhalten, handelt es sich um Einstellungsmessungen.

Bevor wir auf vier solcher Studien, eine aus den USA, zwei aus der BRD und eine Pilotstudie aus der Schweiz, näher eingehen, wollen wir einige Probleme der Einstellungsforschung zum Objektbereich der psychisch Kranken beleuchten und das grundlegende Problem der Diskrepanz zwischen verbalem und tatsächlichem Verhalten diskutieren.

3.1. Einstellungsänderung als Legitimation von Einstellungsuntersuchungen

Das wissenschaftliche Interesse an den Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken lässt sich nicht nur mit allgemeinem Interesse gegenüber Minderheiten erklären, sondern steht im Zusammenhang mit der Konfrontation der Bevölkerung mit diesen psychisch Kranken.

Durch die moderne Pharmako-Therapie und die Bemühungen um eine möglichst weitgehende Rehabilitation früherer Patienten, gab es immer mehr Kontakte der Bevölkerung mit psychisch Kranken (bzw. früheren Patienten). CUMMING und CUMMING beklagen denn auch im Jahre 1950 die in der Bevölkerung existierenden Attitüden gegenüber dem psychisch Kranken und stellen fest, dass diese eine Rehabilitation äusserst schwierig machen.

Wie die CUMMING's legitimierten noch sehr viele andere Forscher ihre Arbeiten damit, dass die Bestandesaufnahme der Einstellungen, Attitüden etc. unbedingt nötig ist, damit diese

mittels geeigneter Information korrigiert werden können (RAMSEY & WING, 1958, NUNALLY, 1961). In den Arbeiten zur Erforschung der negativen Attitüden von Laien gegenüber psychisch Kranken, die ihre Legitimation aus der anzustrebenden Veränderung der Einstellung und der dadurch erhofften Verhaltensänderungen beziehen, wird eine Diskussion um die unterschiedlichen Theorien der Einstellungsänderungen nicht geführt. Es besteht lediglich eine nicht weiter ausgeführte Uebereinkunft der Forscher, dass die Attitüden ausschliesslich mittels ausgewählter Informationen zu diesem Thema verändert werden können. An diesem Konzept wurde auch nach einem eindrücklichen Scheitern eines in dieser Weise angelegten Aufklärungsprogrammes (CUMMING & CUMMING, 1957) und nach zahlreichen Warnungen "... nicht vorschnell zu denken, die Bereitstellung von Sachinformation bewirke bei Personen eine Einstellungsänderung" (FREEMAN & KASSEBAUM, 1960, S. 47), weiter festgehalten. Das Klammern an dieses Konzept geht so weit, dass andere Faktoren, die möglicherweise einstellungs-verändernd wirken können, gar nicht in die Ueberlegungen einbezogen worden sind.

So ist unseres Erachtens nie ernsthaft in Erwägung gezogen worden, inwieweit die Existenz der psychiatrischen Institutionen und vor allem die für die Laien wahrnehmbare Praxis der in diesen Institutionen Tätigen in der Vergangenheit und (dies gilt für den überwiegenden Teil aller psychiatrischen Aktivitäten) noch in der Gegenwart eine Orientierung abgeben mögen für die Entstehung und Verfestigung möglicher Attitüden zu "Geisteskranken", und inwieweit eine ausbleibende Neuorientierung der gesamten Psychiatrie in therapeutischer und rehabilitativer Hinsicht, ein entscheidendes Hindernis für den geforderten Einstellungswandel bei Laien sein kann.

Generell kann gesagt werden, dass die theoretischen Ueberlegungen im Bereich der Aenderungen von Attitüden zu Geisteskranken noch sehr unbefriedigend sind, dass dieser Tatsache aber in den meisten Untersuchungen nicht Rechnung getragen wurde.

3.2. Die Generalisierung der Resultate

Eine weitere, wichtige Unzulänglichkeit bisheriger Arbeiten betrifft die Interpretation der Resultate. Während die durchgeführten Untersuchungen darauf angelegt waren, Attitüden, Meinungen etc. zum Themenbereich "Geisteskranke" zu ermitteln, wurde es unterlassen, auf den Bedeutungsunterschied dieser Bezeichnung zwischen Laien und Experten einzugehen. Die Forscher gingen davon aus, dass die Befragten unter dem Begriff "geisteskrank" das gesamte Spektrum psychischer Störungen subsumieren (CUMMING & CUMMING, 1957), und interpretieren ihre Ergebnisse zur Einstellung der Laien gegenüber diesen "Geisteskranken" als generelle Tendenz gegenüber allen psychischen Störungen, also gegenüber den stark und den schwach ausgeprägten. Diese Generalisierung, deren Zulässigkeit von verschiedenen Forschern zwar bezweifelt wurde, die dennoch aber immer wieder angewendet wurde (CUMMING & CUMMING, 1957, JAECKEL & WIESER, 1967), wurde auch empirisch als falsch belegt (NUNALLY, 1961). Die Tatsache, dass die Befragten unter dem Begriff "geisteskrank" extreme Verhaltensabweichungen verstehen und die Einstellung zu "Geisteskranken" dadurch nur extreme Formen betreffen, wurde in der Interpretation regelmässig wieder vergessen, die Ergebnisse wurden auf alle Formen psychischer Störungen angewandt.

Wenn die befragten Laien zum Bereich Geisteskrankheit angeben: "Ein Geisteskranker ist entweder "völlig aus dem Häuschen", ein geistig verwirrter, verstörter unzurechnungsfähiger Irrer, oder ein gemeingefährlicher, krankhaft veränderter Delinquent" (JAECKEL & WIESER, 1967, S. 101), so besteht ein Unterschied zu den Experten nur dann, wenn letztere annehmen, dass die Laien eine Aussage über sämtliche psychischen Störungen gemacht haben. Als Beschreibung einer extremen psychischen Störung kann eine solche Beschreibung durchaus adäquat sein.

3.3. Einseitigkeit

Die meisten Forscher waren sich einig (meistens noch vor der empirischen Ueberprüfung, so NUNALLY, 1961), dass in der Bevölkerung eine negative Attitüde in bezug auf "Geisteskranke" bestehe (z.B. CUMMING & CUMMING, 1957, JAECKEL und WIESER, 1970) und suchten immer wieder nach Bestätigung ihrer Annahme, so dass eine grosse Zahl von solchen Einstellungsmessungen über die Bevölkerung vorhanden ist. Im Gegensatz dazu wurde die Expertenseite von solchen Einstellungsmessungen ausgenommen. Wenn überhaupt Experten (Psychiater und klinische Psychologen) in die Untersuchung einbezogen wurden, so wie es JAECKEL und WIESER (1970) in Bremen unternahmen, so gelten die Aussagen der Experten als Informationen und nicht als Einstellungen: die Autoren zögerten wohl, von ähnlichen Einstellungen der Laien und der Experten zu sprechen und zogen deshalb den Begriff "Information" vor. Sie machten mit denselben Items der Befragten nur Aussagen über ein vorhandenes Stereotyp bei den Laien. Je nach Opportunität werden demnach gleiche Sachverhalte einmal als Information und zum andern als Stereotyp interpretiert.

Fast alle Forscher waren sich einig, dass in der Bevölkerung eine negative, bei den Experten aber eine positive Einstellung gegenüber den psychisch Kranken vorzufinden sei. Aber gerade diese als Tatsache hingestellte Hypothese wurde fast nie wissenschaftlich angegangen; Ausnahme bilden jene Autoren, welche die "Custodialism"- und "Humanism"-Orientierung des Personals psychiatrischer Kliniken diskutierten. Durch den Einbezug organisations-soziologischer Aspekte sprengten sie aber den Rahmen reiner Einstellungsuntersuchungen (CARSTAIRS und HERON, 1957, ELLSWORTH, 1965).

Vier Untersuchungen über die Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken

3. 4. Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance
(DOHRENWEND & CHIN-SHONG, 1967)

In dieser Arbeit, die sich auf HOLLINGSHEAD & REDLICH bezieht, werden mittels der STAR'schen Fallschilderungen Beurteilungsunterschiede zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen (Iren, Neger, Juden, Puerto-Ricaner) und "community leaders" erhoben.

Die Autoren befragten insgesamt 238 Personen über die sechs Fallgeschichten. Sie liessen sie nach dem Schweregrad einteilen, befragten sie, ob die beschriebenen Personen "mentally ill" seien, ob professionelle Hilfe angebracht sei und welche. Im weiteren wurde gefragt, ob der Proband selbst mit "mental patients" bekannt sei, und schliesslich wurde die soziale Nähe zu den früheren "mental patients" erhoben.

Die Resultate wurden mit früheren verglichen. Die Autoren kommen zu folgenden Schlüssen: Die Resultate stützen die These von HOLLINGSHEAD & REDLICH, wonach das Wahrnehmen der psychologischen Natur persönlicher Probleme ein rarer Zug aller Personen in jeder Klasse ist. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen ist die Tendenz nachweisbar, dass mehr Leute die in den Fallgeschichten beschriebenen Personen als "mentally ill" bezeichnen. Die "community leaders" und die am meisten geschulten Leute nehmen am ehesten den "psychiatric point of view" ein. Eine interessante Feststellung machten die Autoren, als sie davon berichteten, dass die Oberschichtler gegenüber dem Paranoiden mehr tolerant sind (in bezug auf die vorgeschlagenen Massnahmen) als die Psychiater und die Unterschichtler, die sich hier ausnahmsweise einmal einig waren und beide einen Klinikaufenthalt vorschlugen. Die Autoren führen die Uebereinstimmung der geschulten Leute der Oberklasse mit den genannten Experten mehr auf ihre liberale und humanistische Haltung zurück, so wie sie von den "mental health"-Berufen propagiert wird, als auf psychopathologisches Wissen. Dagegen führen die Lebensumstände unterer sozialer Schichten weniger dazu, eine liberale Haltung einzunehmen. Zudem geniessen diese weniger Geschulten nicht den Einfluss der humanistischen Bildung, welche es ihnen ermöglichen würde, diese Ideale zu übernehmen. Die Definition von abweichendem Verhalten scheint in der Unterschicht enger zu sein und umfasst vor allem

aggressives, anti-soziales Verhalten und führt zu strengeren Massnahme-Vorschlägen. Unterschichts-Angehörige bezeichnen weniger Störungen als abweichend. Dies lässt die Angehörigen der oberen Schicht (einschliesslich der Angehörigen der "mental health"-Berufe) annehmen, dass dies Toleranz bedeute. Es verhält sich aber so, dass die Unterschichts-Angehörigen gegenüber jenem Verhalten, das sie selbst als abweichend definieren, keine tolerante Einstellung zeigen. Dies gilt nicht nur gegenüber "mentally ill persons", sondern gegenüber allen Minderheiten, die von der Unterschichts-Norm abweichen.

Im Lichte der vorher erwähnten Kritik an solchen Einstellungsmessungen sticht bei dieser Untersuchung besonders ihre Einseitigkeit hervor.

Die Autoren berichten, dass sie die Fallschilderungen zur Beurteilung der Störungsintensität einer Gruppe von 34 Psychiatern vorgelegt haben. Wir erfahren aber über alle weiteren Fragen nichts mehr von den Psychiatern und müssen deshalb annehmen, dass diese gar nicht mit dem ganzen Fragebogen untersucht wurden. Hier wurde die Chance verpasst, zu untersuchen, ob tatsächlich Unterschiede in der Beurteilung zwischen Experten und Laien bestehen.

3.5. Die Einstellung der Bevölkerung zum Objektbereich "Psychisch Kranke" (HOENER & KUNZ, 1976)

Die Autorinnen dieser Lizentiatsarbeit untersuchten in der sozial gut durchmischten Zürcher Vorortsgemeinde Egg 40 Personen mit einem selbst entworfenen Fragebogen, um deren Einstellung gegenüber psychisch Kranken zu messen. Im weiteren untersuchten sie den Grad der kognitiven Differenzierung und die Affektivität der Befragten gegenüber einer psychisch kranken Person. Das Ziel der Arbeit ist es, den Einstellungsbegriff aufgrund des von KLIX (1971) entwickelten informationell-kognitiven Ansatzes neu zu konzipieren. Die Arbeit will die Informationen und die durch sie gebildeten Einstellungen systematisch untersuchen. Dabei wurden verschiedene Informationsquellen

(Alltag, Schule, Medien und eigene Erfahrung) auf ihre Wirkung in bezug auf die Einstellungen untersucht.

Im Zentrum ihres Interesses stehen die Beziehungen zwischen den verschiedenen Informationsquellen und den wertenden und kognitiven Komponenten der Einstellung, dies deshalb, weil diese Kenntnisse für Einstellungsveränderungen nötig seien.

Um diesen theoretischen Ansatz empirisch zu überprüfen, entwickelten sie einen Fragebogen, der die eigene Strukturierung des Objektbereiches durch die Probanden, deren persönliche Kontakte mit psychisch Kranken, deren Informationsquellen zu diesem Bereich, sowie Reaktionen auf die Vorgabe des Objektbereichs (mittels Etiketten und Fallgeschichten) erfasst. Daneben erhoben sie die sozialen Daten der Befragten. Im weiteren befragten sie die Probanden nach deren Vorstellungen bezüglich Ursachen, Massnahmen und Prognosen.

Die Autoren fassen ihre wichtigsten Resultate wie folgt zusammen:

"Affektivität, welche die Bewertung der Person meint, gegenüber einer Person, die als psychisch von der Norm abweichend gilt, wird entscheidend bestimmt durch die Intensität der Interaktion mit ihr: Leute mit intensiver primärer Informationsrezeption sind einer Person aus dem Objektbereich gegenüber positiver eingestellt als solche mit geringerer Intensität und bewerten auch generell Angehörige aus diesem Bereich positiver. Hingegen resultiert aus intensiver Informationsaufnahme aus dem Alltag eine tendentiell negative Affektivität dem gesamten Bereich gegenüber. Eine klare negative Korrelation besteht zwischen hoher Schulbildung und Affektivität.

Auf der kognitiven Seite zeigt sich, dass Personen mit intensiven persönlichen Kontakten sowohl die Kontaktperson als auch den gesamten Bereich klarer und genauer charakterisieren, also einen höheren Charakterisierungsgrad aufweisen. Hohe Schulbildung bestimmt die kognitive Differenzierung in Form eines hohen Etikettierungsgrades, welcher eine hohe Anzahl

"von Etiketten zur Kennzeichnung psychisch abweichenden Verhaltens beinhaltet."

Diese Resultate brachten die Autoren zur Anregung, zum Erreichen von Einstellungsänderungen nicht bloss Vermittlung von Faktenwissen zu propagieren, sondern vielmehr die Kontaktmöglichkeiten zu psychisch Kranken zu vermehren.

Die Autoren legitimieren ihre Arbeit zwar mit den gewünschten Einstellungsveränderungen, sie sahen aber die theoretischen Unzulänglichkeiten aus diesem Gebiet und bemühten sich, die Theorie auszubauen und zu ergänzen. Es stellt sich die Frage, ob diese Ergänzung ohne Einbezug sozialer Faktoren und ohne der Herstellung eines Bezuges zu der Verhaltensebene ausreichend ist.

Im weiteren fehlt der Bezug zur psychiatrischen Wirklichkeit. Es bleibt unklar, ob es darum geht, die bis jetzt stereotyp als negativ bezeichneten Einstellungen der Bevölkerung ohne Berücksichtigung der Realität der Psychiatrie in eine positive umzuwandeln oder ob mit dem Hinweis auf die Einstellungsänderung in Görz (BASAGLIA) eine ebenso dramatische Veränderung der psychiatrischen Wirklichkeit für die Schweiz vorgeschlagen wird.

3.6. Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. (JAECKEL und WIESER, 1970)

In dieser grundlegenden Arbeit untersuchen die Autoren die öffentliche Meinung der Bevölkerung Bremens zum Bereich psychisch Kranke. Ausgehend von den besonderen Problemen bei der Rehabilitation belegen sie, dass die Auffassung der Laien nicht als Produkt von Unkenntnis, sondern als Teil eines gesellschaftlichen Kontroll- und Abwehrvorgangs angesehen werden muss. Sie meinen deshalb, dass Information alleine kein adäquates Mittel zu Einstellungs-Veränderungen darstellt, vielmehr muss diese Erkenntnis bei den Bemühungen um Statusveränderungen der psychisch Kranken mitberücksichtigt werden. Die Frage, wie das zu geschehen habe, bleibt unbeantwortet.

Mittels Polaritätsprofilen, die bereits von NUNALLY (1961) angewandt wurden, wurden die kognitiven Elemente der Einstellung erfragt. Auf Messungen der emotionalen Faktoren der Einstellungen wurde verzichtet. Dagegen ist die Handlungsbereitschaft mit sechs Fragen der "social distance"-Skala von BORGARDUS (1925) erfasst worden. Die Autoren liessen ihre Versuchspersonen zum Durchschnitts-Bremer und zum Geisteskranken Stellung nehmen, um die Resultate später einander gegenüber zu stellen. Zudem wurde die Einstellung gegenüber dem Verbrecher erfasst und in den Vergleich einbezogen. Dabei fällt besonders die Unverständlichkeit und die Unberechenbarkeit als Bestandteile des Stereotyps des Geisteskranken auf, ebenso (aber in geringerem Masse) die Gefährlichkeit. Inbezug auf die Beziehung sozio-demographischer Daten zur Einstellung fanden sie ausschliesslich hochsignifikante Korrelationen zum Faktor Schulbildung, wobei dieser inbezug auf die Handlungsbereitschaft seine Bedeutung gänzlich verliert. Denselben Befund machen die Autoren für die Faktoren Einkommen und Berufsniveau. Dies bedeutet, dass sich aufgeklärte theoretische Anschauungen und abwehrende Einstellungen im Praktischen nicht auszuschliessen brauchen. Der Faktor Alter wird für die Beurteilung der Gefährlichkeit bedeutsam, ebenso für den Faktor Geschlecht. Auch der Zivilstand spielt eine Rolle, so lehnen Verheiratete Geisteskranken eher ab als Ledige und halten sie für gefährlicher. Personen, die bereits Erfahrungen mit Geisteskranken haben, unterscheiden sich insgesamt sehr wenig von denen ohne solche Erfahrungen. Sie neigen weniger zum Moralisieren, billigen dem Patienten mehr Potential zu und halten sie für weniger gefährlich. Ein Einfluss dieses Faktors auf die Kontaktbereitschaft ist nicht festzustellen, ebensowenig auf jene Faktoren, welche die verunsichernde Wirkung des Geisteskranken festhalten. Auch wer mit Geisteskranken engen Kontakt hatte, bleibt verunsichert durch deren Verhalten.

Im zweiten Teil folgt eine qualitative Analyse des Images des Geisteskranken, speziell im Hinblick auf die soziale Funktion dieser Einstellungen, wie wir sie eingangs erwähnt haben.

Diese wichtige Arbeit vermittelt ein recht deutliches Bild davon, wie Bremer "Geisteskranke" wahrnehmen. Sie hat auch Expertenmeinungen eingeholt und in den Vergleich einbezogen. Sie erkennt die Schwierigkeiten beim Versuch, Einstellungen zu ändern. Leider nimmt sie sich dem Begriff "geisteskrank" in dessen ganzer Weite an und verliert so Differenzierungsmöglichkeiten.

3.7. Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung (STUMME, 1975)

Diese Arbeit, die zuerst als Replikationsstudie zu ähnlichen Untersuchungen im angelsächsischen Raum gedacht war, stellte einige Prämissen der bisherigen Untersuchungen in Frage und enthält deshalb einen grossen methodologischen und forschungstechnischen Teil. Im speziellen interessierte STUMME, inwieweit die bisherigen Ergebnisse auf diesem Gebiet methodeninduzierte Vorurteile bzw., wie er es nennt, wissenschaftsbedingte Artefakte, darstellen. Er kommt zum Schluss, dass "die empirischen Ergebnisse - ein Artefakt der operationalen Definition" (des Begriffes "Geisteskrankheit") darstellen (S. 72). Diese grundlegende Kritik an den bisherigen Untersuchungen nimmt einen wichtigeren Platz ein als seine empirischen Ergebnisse, welche wir kurz darstellen wollen. Dies vor allem deshalb, weil er eine ähnliche Methode wie wir verwendet hat, und weil seine Ergebnisse im Gegensatz zu den bisherigen stehen.

Er untersuchte einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung der Stadt Düsseldorf und separat einige spezielle Berufs- (Polizisten, Lehrer, Theologen, Redakteure) und politische Gruppen (Landtagsabgeordnete verschiedener Parteien), sowie eine Anzahl psychisch Kranker mittels eines Fragebogens, welcher u.a. Einstellungen zu verschiedenen psychopathologischen Falldarstellungen misst. Zusätzlich untersuchte er das semantische Feld der umgangssprachlich gebräuchlichen Begriffe zur Kennzeichnung psychisch abweichenden Verhaltens.

Ueber die Sprachverwendung der Laien in bezug auf psychische Störungen kommt er zu folgenden Ergebnissen:

- Der Laie verwendet in der Umgangssprache gebräuchliche Begriffe zur Kennzeichnung psychischer Störungen
- Die in der Alltagssprache verwendeten Begriffe diskriminieren sehr klar nach dem jeweiligen Ausmass der psychischen Störung
- Der Laie verwendet keine Begriffe als Synonyme für den gesamten Bereich der psychischen Störung
- Mit dem Begriff "geisteskrank" bezeichnet der Laie ausschliesslich extreme psychische Störungen

Der Autor verwendet drei der STAR-Geschichten (schizophrene Frau, paranoider und angstneurotischer Mann), welche er in bezug auf die Schichtzugehörigkeit und das Geschlecht variierte.

In bezug auf die Fallgeschichten berichtet der Autor, dass die Beurteilung des Paranoikers die grösste Uebereinstimmung aller Bevölkerungsteile gebracht hat und dass die Bewertung des als gewalttätig und unberechenbar geschilderten Verhaltens sich eindeutig von der Beurteilung der anderen Falldarstellungen unterscheidet.

Der Autor konnte nicht nur zeigen, dass in der Laienbevölkerung ein adäquates Sprachinstrumentarium zur Erfassung von psychischen Störungen vorhanden ist, sondern auch, dass die Bevölkerung für die verschiedenen Arten psychischer Störungen ebenso verschiedene Sanktionen vorzuschlagen imstande ist. Die Bevölkerung verfügt über ein differenziertes Instrumentarium zur Beurteilung der verschiedenen psychopathologischen Krankheitsbilder. Die verschiedenen Berufsgruppen unterscheiden sich in der Zuweisung der Sanktionen so gut wie nicht von dem Bevölkerungsquerschnitt.

Im weiteren zeigt der Autor am Beispiel einer schizophrenen Person, dass dasselbe abweichende Verhalten als störender empfunden wird, wenn es von einem Mann praktiziert wird, als wenn es von einer Frau praktiziert wird.

Am selben Beispiel erläutert der Autor den Einfluss von Informationen zur sozialen Schicht der beschriebenen Person auf die Beurteilung des Verhaltens. Die Befragten hielten in der projektiven Frage nach der Wahrscheinlichkeit einer Klinikeinweisung der betroffenen Person es für wahrscheinlicher, dass der Angehörige der Unterschicht in eine solche Klinik eingewiesen wird als ein Angehöriger anderer Schichten. Bei der direkten Frage nach geeigneten Massnahmen in diesem Fall wird aber der Klinikaufenthalt so gut wie nicht in Erwägung gezogen, auch nicht für Angehörige der unteren Schicht.

Im Fall der beschriebenen Angstneurotiker und Paranoiker verhält sich dies anders. Es zeigte sich, dass die Befragten sich mit ihrer Stellungnahme zu jeweils gleichem abweichenden Verhalten sehr deutlich an der sozialen Position des Abweichenden orientieren, wobei gleiches Verhalten von Angehörigen unterer sozialer Schichten als abweichender angesehen wird als dasjenige von Oberschichtsangehörigen.

Die zusätzliche Kenntnis über die Schichtzugehörigkeit führt bei den Befragten nicht zu grundsätzlich anderen, wohl aber zu Stellungnahmen, die in dem Verhalten von Mitgliedern der Unterschicht schwerwiegendere Regelverletzungen erkennen lassen, als in dem gleichen Verhalten bei Angehörigen sozial höherer Schichten. Diese Feststellung bezieht sich auch auf die Zuweisung von Sanktionen. Der Autor hält fest: "Mitglieder der Unterschicht übereignet man - zumindest verbal - eher den Instanzen der sozialen Kontrolle als Angehörige der Oberschicht, auch wenn diese sich in gleicher Weise abweichend verhalten" (S. 141).

Zum Unterschied in der Beurteilung durch Angehörige der verschiedenen Schichten (die er in Ermangelung eines besseren Systems zur Messung der sozialen Schicht an der Schulbildung misst) meint er, dass dieser Unterschied möglicherweise als Indikator dafür genommen werden kann, dass diese Befragten ihre Stellungnahme aufgrund ihrer grösseren Affinität zur sozialen Schicht den Abweichenden und der damit verbundenen

besseren Kenntnis schichtspezifischer Normen artikulieren. Deshalb ist er der Ansicht, dass der soziale Status des Beurteilenden nicht unberücksichtigt bleiben darf.

Im weiteren berichtet er über den Einfluss der Kenntnis einer früheren Behandlung der beschriebenen Person in einer Heilanstalt. Wenn der Beurteiler von einer solchen weiss, neigt er dazu, dasselbe abweichende Verhalten als gravierender zu beurteilen. Dies könne nicht verwundern, weil der Laie dadurch annimmt, dass der psychiatrische Experte wegen denselben Symptomen eine solche Behandlung in einer Klinik für nötig erachtete, welche nach Meinung der Laien fast ausschliesslich für extreme Störungen in Frage komme.

Der Autor stellt sich immer wieder die Frage, ob sich die Vorstellungen und Bilder, die sich der Laie von der Psychiatrie und ihren Institutionen macht, auf unzulängliche Erfahrungen und auf nichtzustandegekommene Kommunikation und Information reduzieren lässt, oder ob nicht in ihnen doch eine Wirklichkeit durchschlägt, die es nicht nur in der Vorurteilsphantasie der Uninformierten gibt, sondern die eine handfeste Realität darstellt. Deshalb schliesst er seinen Bericht mit der Forderung, nicht einseitig die Vorurteilsforschung in der Bevölkerung zu favorisieren, sondern alle Anstrengungen darauf zu konzentrieren, dass den in der Psychiatrie Tätigen eine adäquate Ausbildung zuteil werde.

Wenn dadurch die Psychiatrie in der Lage sein wird, die von den Laien in sie gesetzten Erwartungen zu erfüllen, so ist die Erforschung verbaler Äusserungen, die an der für den Laien wahrnehmbaren Realität orientiert sind, nicht mehr erforderlich.

Diese engagierte und kritische Untersuchung ist, wie der Autor selbst mitteilt, zumindest teilweise mit den gleichen Fehlern behaftet wie diejenigen, die er kritisiert. Immerhin ging er nicht davon aus, dass die Einstellung in der Laienbevölkerung a priori negativer sei als diejenige der Experten. Er erkannte auch deutlich, dass es nicht darum gehen konnte,

mittels solcher Einstellungsmessungen Unterlagen zu einer Änderung dieser Einstellungen zu liefern. Dagegen bleibt auch seine Arbeit trotz besserer Einsicht insofern einseitig, als er zwar verschiedene Berufsgruppen befragt hat, aber ausgerechnet die "mental health"-Berufe nicht vertreten sind. Wir können uns dies nur damit erklären, dass es äusserst schwierig sein dürfte, diese Leute zur Mitarbeit zu gewinnen. Die zu erwartenden Antworten wären u.E. mit grossen Fehlern behaftet, weil diese Probanden zum vornherein wissen, worum es sich handelt und deshalb Antworten liefern, die weniger der Realität als der vorgestellten Wünschbarkeit entsprechen. Aus diesen Gründen haben wir selbst auf die Befragung dieser Berufsgruppe verzichtet.

3.8. Zusammenfassung

Ausgehend von den einheitlichen epidemiologischen Befunden, welche eine Ueberschneidung der unteren Sozialschichten bei den schweren psychischen Störungen festhält, haben wir das Krankheitsverhalten etwas näher betrachtet und gesehen, dass auch hier Schichtunterschiede bestehen. Ebenso sind die Einstellungen, die ihrerseits ein Teil des Krankheitsverhaltens ausmachen, schichtabhängig. Weil wir uns ganz wesentlich in dieser Arbeit mit diesen Konzepten auseinandersetzen, wurden sie ausführlich diskutiert. - Es zeigte sich, wie schwierig es ist, aufgrund von rein verbalen Einstellungsmessungen Aussagen über das tatsächliche Verhalten zu machen. Die vier beschriebenen Untersuchungen zeigten, wie man diese Probleme angehen kann und dass es möglich ist, zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen. Insbesondere die engagierte Arbeit von STUMME brachte uns viele Anregungen.

4. Die speziellen Fragestellungen

Es soll versucht werden Gründe aufzuzeigen, weshalb der Anteil von Unterschichtsangehörigen an den unbehandelten psychischen Störungen derart hoch ist. Dabei geht es nicht um die Faktoren, die innerhalb des Versorgungssystems zu dieser Situation führen, sondern um die Einstellungen gegenüber psychischen Störungen. Neben der Schichtzugehörigkeit interessieren uns noch weitere Faktoren, so das Geschlecht und das Alter, die Konfession und die Kirchengangfrequenz, ebenso interessieren wir uns für eigene Erfahrungen der befragten Person mit psychischen Störungen, dessen Offenheit gegenüber der Befragung, sowie den Kontakt zu den Nachbarn. Soweit die Variablen, wie wir sie für die befragte Person festhalten und untersuchen. Auf der Seite der beschriebenen Person (die Fallgeschichte) interessieren wir uns für Einstellungsunterschiede die dann auftreten, wenn die dargestellte Person inbezug auf das Geschlecht, Gewalttätigkeit und Arbeitsunfähigkeit variiert wird.

Die zu untersuchenden Variablen lassen sich wie folgt darstellen:

	<u>unabh. Variablen</u>	<u>abh. Variablen</u>
der befragten Person	Schichtzugehörigkeit	
	Alter	Wahrnehmung und
	Geschlecht	Intensitäts-Beurteilung (10 items)
	Konfession	
	Kirchengangfrequenz	Einschätzung des Verlaufs
	Frühere Erfahrungen mit psych. Störungen	Massnahmenvorschlag
	Zivilstand	Einschätzung des Therapie- potentials
	Offenheit	Ursachenzuschreibung
	Kontakt	

der beschriebenen Person	Arbeitsfähigkeit	
	Geschlecht	
	Gewalttätigkeit	

Tab. 6

Die folgenden Fragestellungen werden getrennt nach den einzelnen Konzepten referiert. Zur Operationalisierung der Konzepte siehe Pt. 8.

Fragestellung zum Konzept Wahrnehmung der Störung

- Sehen die einzelnen Bevölkerungsgruppen (die verschiedenen sozialen Schichten, Altersgruppen und Geschlechter) dieselbe Störung als unterschiedlich schwer an?
- Beeinflusst das Vorhandensein von Gewalttätigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit die Beurteilung der Stärke einer Störung in den einzelnen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich?
- Welche Auswirkung muss eine Störung haben, dass man die betroffenen Personen als psychisch krank, bzw. als abnormal bezeichnet?
- Gibt es dabei in den einzelnen Bevölkerungsgruppen Unterschiede?

Fragestellung zum Konzept Verarbeitung der Störung

- Welchen weiteren Verlauf der Störung sehen die verschiedenen Bevölkerungsgruppen, wenn die betroffene Person keine Hilfe bekommt?
- Werden von den einzelnen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Massnahmen zur Behebung der Störung vorgeschlagen?
- Was für einen Erfolg schreiben die Verschiedenen Bevölkerungsgruppen den von ihnen vorgeschlagenen Massnahmen zu?
- Hat die Bevölkerung eine differenzierte Verarbeitung von psychischen Störungen, d.h.: Schlagen die Befragten, welche eine Störung als schwach annehmen, andere Massnahmen vor und nehmen sie andere Ursachen an als die Befragten, die die Störung als stark beurteilen?
- Nehmen die verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Ursachen für psychische Störungen an?

Fragestellung zu weiteren Konzepten

- Was für ein Zusammenhang besteht zwischen den früheren Erfahrungen mit psychischen Störungen und den Antworten im Interview?

5. Methodenwahl

Im folgenden wollen wir die verschiedenen Methoden der empirischen Sozialforschung in ihrer Brauchbarkeit für unsere Arbeit diskutieren.

Die Beobachtungsmethode, definiert als "Selektion, Provokation, Protokollierung und Codierung derjenigen Menge von Verhalten und Gegebenheiten im Hinblick auf Organismen in Situationen, die mit den empirischen Zielen übereinstimmen" (WEICK, 1968, S. 360), stellt uns vor mehrere Schwierigkeiten:

Die Situation, die mit den empirischen Zielen übereinstimmt, d.h. das Beobachtungsfeld, ist für unsere Arbeit schwer auszumachen. Dies besonders dadurch, dass wir nicht Verhalten von psychisch Kranken, die bereits in Behandlung sind oder in Institutionen (Kliniken, Gefängnissen) versorgt werden oder von deren Angehörigen erheben wollen. Viel mehr wollen wir Unbehandelte, die keine öffentliche oder private professionelle Hilfe suchen, sowie Gesunde in unsere Untersuchung einbeziehen. Ein Feld, das diese Personengruppen umfasst und auch noch zulässt, Beobachtungen darin zu machen, hat sich nicht gefunden.

Zum andern genügt die Beobachtungsmethode der folgenden Forderung, die von zahlreichen Soziologen formuliert wurde, nicht: "Zum Beobachten gehört notwendigerweise das Verständnis und die zutreffende Interpretation des subjektiven Sinns und der sozialen Bedeutung einer bestimmten Handlung oder Verhaltenssequenz. Ohne ein solches Verstehen, bliebe die Beobachtung blind und sozialwissenschaftlich irrelevant". (MAINZ, HOLM u. HUEBNER, 1971, S. 87)

Dieser Forderung kommt die teilnehmende Beobachtung, die Interpretationen des Verhaltens der Untersuchten durch die Untersuchten selbst berücksichtigt, nach. Beobachtungsfelder, die wir hierzu diskutierten, waren Betriebe und Vereine. Es zeigte sich aber einerseits, dass der Zeitaufwand für die Integration in eine solche Gruppe als sehr gross eingeschätzt werden muss und andererseits, dass die eingeschränkte soziale Zusammensetzung eine

Generalisierung der Ergebnisse nicht zuliesse. Da das Thema "psychische Störung" weitgehend tabuisiert ist, würde es dem teilnehmenden Beobachter auch schwer fallen, solche Störungen wahrzunehmen und die vorhandenen Meinungen darüber zu erfassen.

Eine Sekundäranalyse, welche eine Methode ist, bereits vorhandenes Datenmaterial unabhängig vom ursprünglichen Zweck und Bezugsrahmen der Datensammlung (Primärerhebung) auszuwerten, haben wir nicht durchgeführt, weil wir auf keine für unsere Zwecke brauchbare Arbeit gestossen sind. Unser Thema ist für die Schweiz Neuland abgesehen von einer Pilotstudie von HOENER und KUNZ (1976), welcher aber eine zu kleine Stichprobe zugrunde liegt.

Die Inhaltsanalyse als Methode, die Aussagen gewinnt indem man "systematisch und objektiv zuvor festgelegte Merkmale von Inhalten erfasst" (HOLSTI, 1968, S. 601), benützt als Ausgangsmethode Texte, Filme, Reden etc. Solche existieren auf unserem Gebiet fast nur von psychiatrischen und psychologischen Experten, von Schriftstellern und Journalisten und nur ganz vereinzelt von ehemaligen Psychotherapie- oder Klinikpatienten. Von grossen Teilen der Bevölkerung existiert gar kein Material und die Methode der Inhaltsanalyse ist deshalb für uns kaum brauchbar. Für die Kodierung und Auswertung einzelner offener Fragen in unserem Voruntersuchungs-Fragebogen fand sie, als sogenannte Mini-Inhaltsanalyse (FRIEDRICHS, 1973) Anwendung, da sie Regeln über die Kategorienbildung liefert.

Das Feldexperiment schien uns eine zeitlang die Methode der Wahl. Es handelt sich dabei um eine Untersuchung in einer realistischen Situation. Dabei manipuliert der Versuchsleiter eine oder mehrere Variablen so sorgfältig wie es die Situation gestattet. Wir prüfen die Möglichkeit auf einem belebten Platz in der Stadt Zürich eingeübtes psychisch abweichendes Verhalten von einem Darsteller oder Darstellern spielen zu lassen und anschliessend die Reaktion der Passanten zu beobachten und diese über ihre Gefühle und Gedanken zu befragen. Nachteile dieser Methode sind:

die Schwierigkeit, eine genügend grosse Zahl von Leuten zu finden, die der ganzen Szene beigewohnt haben und bereit sind, an der Befragung teilzunehmen. Ferner der Aufwand, der nötig wäre, Angehörige der verschiedenen Sozialgruppen darstellen zu lassen, so dass diese in Bezug auf Sprache, Verhalten, Kleidung etc. authentisch wirkten. Im weiteren ist die soziale Durchmischung des Zuschauerpublikums nicht gewährleistet. Das dargestellte Verhalten müsste ausserdem aufdringlich, hervorstechend oder laut aggressiv sein, denn ein zurückgezogenes, ruhiges Verhalten würde erfahrungsgemäss den Passanten gar nicht auffallen. Die Auswahl der untersuchbaren Verhaltensweisen wäre also sehr eingeschränkt.

Hypothetische Situationen in Form schriftlicher "Fallschilderungen" haben diese Probleme nicht. Alle als wichtig angesehenen Daten über die beschriebene Person, deren Familie, ihr Verhalten und die berufliche Stellung, können leicht dargestellt und variiert werden. Dafür ist der Realitätsbezug durch die Vorgabe nur verbaler Stimuli reduziert (siehe das Kapitel über Einstellung vs. Verhalten).

Die Befragung, in Form eines standardisierten Interviews scheint uns für unsere Fragestellung die geeignete Methode. Die Vorgabe von hypothetischen Situationen bildet ein Teil dieser Befragung. Das Interview liefert relativ gut standardisiert für eine grosse Zahl von Personen - je nach Umfang Fragebogens und der Bereitschaft zur Mitarbeit - sehr viele Informationen. Die Ausgangsstimuli und die Antworten können leicht quantifiziert werden. Deshalb sind die Ergebnisse verschiedener Interviews gut vergleichbar.

Letzteres trifft für das Intensiv- oder Tiefeninterview nicht zu. Dieses benötigt einen grossen zeitlichen Aufwand zu Erhebung und zur Auswertung und bietet eine geringe Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Zur Einarbeitung in unseren Problembereich und als Vorarbeit für den Fragebogen haben wir es verwendet. "Es ist eine wichtige Methode, um von Individuen Einsichten in ihr Denken und in die Struktur von dem Forscher noch wenig bekannten Problemen zu gewinnen". (FRIEDRICHS,

1973, S. 226). Unsere Tiefeninterviews zielten darauf, Informationen über die persönliche Sichtweise, die Sprache und die Bereitschaft, sich mit dem Untersuchungsgegenstand zu beschäftigen, zu sammeln.

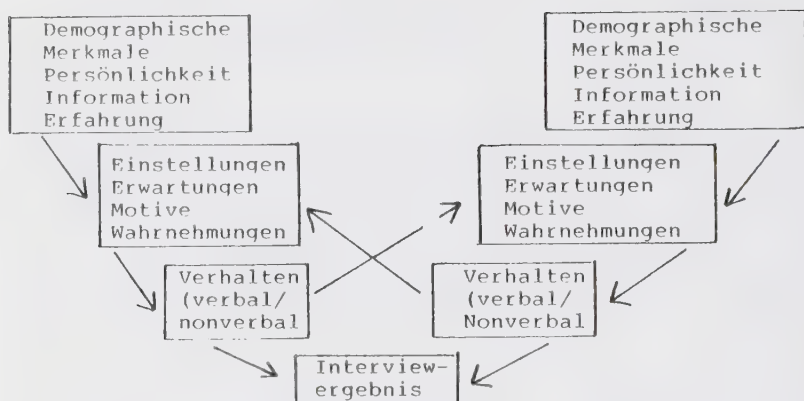
Die direkte Befragung einer Stichprobe, ohne die Technik der hypothetischen Fallschilderungen, über eigenes oder abweichendes Verhalten von Bekannten und dem Umgang damit, erwies sich bei den Intensivinterviews als unmöglich. Die Bereitschaft, über eigenes abweichendes Verhalten mit Fremden zu sprechen, ist minimal. Es wäre auch nicht möglich, die Ergebnisse der so Befragten zu vergleichen, da sie sich auf verschiedene Verhalten beziehen.

Eine letzte Methode, die es zu diskutieren gilt, ist die Gruppendiskussion. In der entsprechenden Literatur wird deutlich, dass es beim heutigen Stand der Standardisierung der Methode unmöglich ist, statistisch repräsentative quantitative Ergebnisse zu erhalten. Als explorative Methode, um Untersuchungen mit besser standardisierten Methoden vorzubereiten, oder zum Ergänzen vorhandener standardisierter Methoden, ist sie neben oder statt dem Tiefeninterview gut geeignet.

Wir haben uns jedoch für das Tiefeninterview als explorative Methode entschieden, weil es der Zweiersituation von Befragter und Befragtem, die auch in der Hauptuntersuchung besteht, eher entspricht.

6. Das Interview

Definition: "Es ist ein planmässiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Reaktionen veranlasst werden soll". (SCHEUCH, 1967, S. 138) Diese spezifische Situation, die sich vom Alltagsgespräch durch ein hohes Mass von Reglementierung unterscheidet, erweist sich beim genauern Betrachten als komplexer sozialer Interaktionsprozess. Die folgende Darstellung zeigt einiges davon:



Tab. 7

("Das Interview als sozialer Prozess", leicht abgeändert
nach CANNELL & KAHN, 1968)

Verschiedenste Wechselwirkungen finden zwischen Interviewer und Befragtem statt. Ein guter Teil von ihnen ist wissenschaftlich erforscht. In der praktischen Interviewanwendung finden diese Prozesse jedoch in der Planung der Untersuchung, wie auch in der Interpretation der Ergebnisse wenig Berücksichtigung. Dies hat seinen Grund zum Teil in der Unkenntnis dieser komplexen Interaktionen seitens des Forschers. Zum andern besteht ein Mangel an Methoden, um die Wechselwirkungen einigermaßen ökonomisch zu messen. Im Folgenden wollen wir auf zwei Probleme des Interaktionsprozesses zwischen Befragtem und Interviewer eingehen und zeigen, wie wir damit umgegangen sind. Ein weiteres, in diesem Zusammenhang wichtiges Problem – die Einstellung des Befragten zum Auftraggebers der Untersuchung – wird bei der Erörterung des Fragebogens Pt. 10 besprochen.

6.1. Sprache

Um sich verbal verständigen und verstehen zu können, ist ein weitgehend ähnliches Sprachspiel (WITTGENSTEIN) zwischen den Interaktionspartnern notwendig. Dass in unserer Gesellschaft

dies nicht vorausgesetzt werden kann, darauf weisen die sprachsoziologischen Arbeiten von BERNSTEIN (1960, 1965) und OVERMANN (1970) hin.

Sie zeigten die Existenz schichtspezifischer Sprach- und Kognitionsstile: der "elaborierte Kode", der in der Mittelschicht benutzt wird, und der "restringierte Kode" über den die Unterschicht verfügt.

Forscher und Interviewer, die der Mittelschicht angehören und den "elaborierten Kode" verwenden, konfrontieren einen Teil der Befragten, die nur den "restringierten Kode" beherrschen, mit einer Sprache, die diesen weitgehend unzugänglich ist. ESSER fasst dies 1972 sehr scharf:

"Durch die Vorgabe von sprachlichen und kognitiven Konfigurationen eines Kulturkontextes durch Fragebogen und auch Interviewerverhalten.....wird die Befragung, geht sie über den eigenen kulturellen Bereich der Sozialforschung hinaus und bleibt nicht auf College-Populationen beschränkt, zu einem Sonderfall von 'cross-culture' bzw. 'cross-class-communication'." (ESSER, 1972, S. 28)

Anders formuliert kommen diese Arbeiten zum Schluss, dass der Stimulus der den Befragten vorgelegt wird, für diese aufgrund der verschiedenen Sprach- und Denkstile unterschiedlich verständlich ist. Streng genommen erhalten die Befragten gar nicht denselben Stimulus. Um diesen unwillkommenen Effekt ausgleichen zu können, müssten spezielle Kenntnisse über die besondere Reaktion von Befragteinteilgruppen, bei sprachlicher Kommunikation mit fremden Sprach- und Symbolsystemen vorausgesetzt werden. Diese Kenntnisse sind jedoch weder für die Schweiz noch für Deutschland vorhanden.

Aus dieser unbefriedigenden Situation haben wir uns folgendermassen zu helfen gesucht:

Bei den Tiefeninterviews und der Voruntersuchung haben wir viel Zeit reserviert, um herauszufinden, in welcher Sprache die Interviewten über das Thema sprechen. So haben wir gefragt: "Berichten Sie über eine ähnliche Situation, so wie Sie ihrem Kollegen beschreiben würden". Und "Bitte sagen Sie mir in

eigenen Worten, was hier geschehen ist" (Bezug auf gerade vor-gelesene Fallgeschichte).

Demselben Zweck dienten viele offene Fragen. Mit Hilfe des so gewonnenen Wissens haben wir unsere Sprache, d.h. die Fragebogenformulierung, verbessert. Wir haben die Befragten auch zur Klarheit und Verständlichkeit der einzelnen Fragen Stellung nehmen lassen. Diese Daten machten eine weitere Veränderung gewisser Fragen und Formulierungen notwendig, deren Ergebnis die vorliegende Fragebogenfassung ist. Mit diesem Procedere haben wir die oben besprochenen Sprachschwierigkeiten nicht ausgeräumt, sie jedoch auf ein Minimum beschränkt.

6.2. Die Reaktion des Interviewers

In den Methodenlehrbüchern werden zumeist nur die Reaktionen des Befragten und damit verbundene Probleme besprochen: Probleme des Response-sets, des Umgangs und der Bedeutung von Falschantworten und der Nichtbeantwortung von Fragen etc. Das Interviewverhalten wird als Reaktion auf den absichtlich vorgegebenen Hauptstimulus, die gestellte Frage bzw. den gesamten Fragebogen, aufgefasst. Dass die Reaktion des Befragten vom Verhalten des Interviewers abhängig sein könnten, steht ausserhalb der Betrachtung. Das Verhalten des Interviewers wird auch gar nicht registriert, was ausschliesst, seinen Einfluss auf das Interviewergebnis zu erkennen und in Rechnung zu stellen.

Nichtsdestotrotz ist aus der Interviewforschung in der Psychotherapie und aus Arbeiten von ROBINSON (1950), ROEDE (1968) und andern klargeworden, auf welch mannigfache Weise der Interviewer Einfluss nehmen kann. Hier einige Beispiele:

- durch die Art, wie er die Fragen stellt
- durch die Länge der Pausen, die er nach der Antwort macht
- durch die Formulierung von nicht vorgesehenen Nachfragen, z.B. "Noch etwas?"
- durch die Verwendung von Stimuli wie, "hm, hm", "ah ja", "gut"
- durch Häufigkeit und Art des Blickkontakts
- durch Körperbewegungen, Gestik, räumliche Distanz zum Befragten

USW

Einstellung und Erwartung des Interviewers können sich auswirken. Beispiel:

Der Interviewer schliesst von der Umgebung, in der das Interview stattfindet, auf einen gewissen Lebensstil und bestimmte Einstellungen. Ein aussergewöhnlich eingerichtetes Wohnzimmer legt ihm eine aussergewöhnliche Einstellung nahe; eine stereotype, 'bünzlige' Wohnzimmereinrichtung lässt ihn eine stereotype Einstellung erwarten.

Aufgrund eines solchen Stereotyps vom Befragten oder aufgrund der vorangegangenen Antworten oder aufgrund der Erfahrungen in früheren Interviews derselben Untersuchung erwartet der Interviewer bestimmte Antworten. Er wird dann häufiger nicht ganz eindeutige Antworten, den seinen Erwartungen entsprechenden Kategorien zuordnen. Bei der Protokollierung der Antworten auf offene Fragen registriert er, seinen Erwartungen entsprechende Antwortteile stärker.

Um diese zahlreichen Reaktionen des Interviewers berücksichtigen zu können, bietet sich, beim heutigen Stand der Sozialforschung, als praktikabelste Methode eine grössere Standardisierung der Erhebungssituation durch bessere Interviewerschulung an.

Vor der Durchführung unserer Untersuchung soll daher eine gründliche Interviewerschulung gemacht werden. Sie soll die skizzierten Elemente der Erhebungssituation berücksichtigen, ja sie erst einmal bewusst machen, um dann kontrollierter und einheitlicher mit ihnen umgehen zu können.

7. Fallschilderungen als Forschungstechnik um Reaktionen auf psychische Störungen zu messen

7.1. Kritische Betrachtung der STAR'schen Fallschilderungen

Zum ersten Mal hat SHIRLEY STAR 1955 Fallschilderungen in ihrer Arbeit über "The public ideas about mental illness" verwendet. Sie hat zusammen mit Psychiatern sechs Fallgeschichten konstru-

iert, in welchen ein paranoider schizophrener Mann, eine Frau mit Schizophrenia simplex, ein depressiver Mann, ein Alkoholiker, ein Zwangsneurotiker und ein jugendlicher Psychopath beschrieben wurden. Sie stellte den Probanden diese Personen in kurzen beschreibenden Fallschilderungen vor und befragte sie anschliessend in einem strukturierten Interview. In der Folgezeit wurden von andern Autoren, die auf diesem Gebiet geforscht hatten, immer wieder die STAR'schen Fallgeschichten verwendet. So von BERGEN, (1962), CUMMING & CUMMING, (1957), DOHRENWEND et al., (1962), CROCKETTI, (1962) und von PHILLIPS, (1973).

Die STAR'schen Fallschilderungen dienten in diesen Arbeiten dazu, herauszufinden, ob alle Fälle als pathologisch angesehen werden, welche nicht, welche als stärker oder schwächer gestört gelten, und ob die Einstellungen und Vorurteile der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken mit der Psychopathologie variiert.

Diese Absicht setzt voraus, dass die STAR'schen Fallgeschichten vergleichbar sind. Das heisst, dass alle Informationen in den Geschichten gleich sind, und sich einzig die Psychopathologie unterscheidet. Denn nur dies allein garantiert, dass gefundene Unterschiede auf Unterschiede in der Psychopathologie zurückzuführen sind.

Dass die STAR'schen Fallgeschichten dieser Forderung nicht genügen, zeigt sich bei genauerem Hinsehen. Neben der dargestellten Psychopathologie differieren die Fallgeschichten und die darin beschriebenen Personen auch im Alter, Geschlecht und Verhalten. BERGEN und FLETSCHER haben diesen Nachteil der STAR'schen Fallgeschichten erkannt und haben eigene Fallgeschichten konstruiert. In diesen haben sie jeweils nur einen Faktor, entweder den Grad der Störung oder das beschriebene Verhalten oder das Geschlecht variiert. Somit wurde es möglich, unterschiedliche Beurteilungen der Fallgeschichten auf den zutreffenden Grund zurückzuführen.

7.2. Die relevanten Informationen in Fallgeschichten

7.2.1. In bisherigen Arbeiten

STUMME und COLLINS stellten fest, dass bei der Beurteilung von Fallgeschichten nicht-psychologische Faktoren wie Einkommen, Berufsstatus, Bildung der beschriebenen Person, die Einschätzung

des Verhaltens stark determinieren. So kommt STUMME zum Schluss "gleiches Verhalten wird unterschiedlich beurteilt, wenn dieses Verhalten Angehörigen verschiedener sozialer Schichten zugeschrieben wird". (STUMME, 1975, S. 143). LEBUDAN und COLLINS fanden 1976 in einer Untersuchung an Psychiatern, denen sie eine Fallschilderung vorlegten, dass diese unbewusst den Schweregrad der Störung, je nach Schichtzugehörigkeit des Betroffenen bemessen, obwohl die Aerzte angaben, den Faktoren Einkommen und Bildung, keinen Wert bei der Beurteilung beigemessen zu haben.

Folgende Informationen in Fallgeschichten haben sich bisher als relevant für die Beurteilung herausgestellt: Der Grad der Störung (BERGEN), das Geschlecht (BERGEN, STUMME, PHILLIPS), der Sozialstatus (STUMME, COLLINS, LEBUDAN), zur Zeit in Klinikbehandlung oder in Klinikbehandlung gewesen (PHILLIPS, DOHRENWEND, STUMME), aggressives versus depressives Verhalten (FLETSCHER). Ob von diesen Faktoren einzelne wichtiger sind als andere und wie sie von den Beurteilern gewichtet werden, darüber gibt es bisher keine Arbeiten.

7.2.2. In unserer Arbeit

In unserer Arbeit haben wir zusätzlich zu den bereits bekannten Variablen Störungsgrad, Geschlecht, Sozialstatus, (Klinikaufenthalt und aggressives versus depressives Verhalten schienen uns genügend erforscht zu sein) als neue Variablen Geschlechtszugehörigkeit, Arbeitsfähigkeit und die Anwendung von körperlicher Gewalt in die Fallgeschichten eingeführt.

Verschiedene Arbeiten legten uns nahe, die Dimension Arbeitsfähigkeit einzuführen. FLETSCHER hofft, dass man in Zukunft der Dimension 'role performance' mehr Gewicht beimisst, als der Dimension 'aggressiv versus zurückgezogen', auf welcher er geforscht hat. STUMME vermutet, dass besonders das berufliche Versagen einen grossen Einfluss auf die Beurteilung der Stärke der Störung hat. KOOS (1954, S. 32) kommt zum Schluss "...dass in der Arbeiterklasse und dem ärmeren Teil der Bevölkerung erst derjenige als krank gilt, der seinen täglichen Pflichten nicht mehr nachkommen kann, der nicht mehr fähig ist

zur Arbeit zu gehen, einen Arbeitstag durchzustehen oder der, den Haushalt einigermaßen zu besorgen.

Zum Bild des Geisteskranken gehört nach WIESER (1973) immer noch das Vorurteil über deren Gefährlichkeit und gewalttätiges Verhalten. Dies legt nahe, dass Gewalttätigkeit ein Faktor ist, der die Beurteilung von psychisch abweichendem Verhalten wesentlich beeinflusst. So fand auch STUMME (1975), dass von allen STAR'schen Fallschilderungen, der gewalttätige, unberechenbare Paranoiker als am gestörtesten angesehen und am härtesten (negativ) sanktioniert wird.

8. Die Untersuchungskonzepte und ihre Operationalisierung

Soweit noch nicht geschehen, werden die Untersuchungskonzepte und ihre Dimensionen und Subdimensionen hier kurz erläutert.

Die Fragennummern beziehen sich auf die entsprechenden Fragen im Fragebogen, von denen die Konzepte, Dimensionen und Subdimensionen operationalisiert werden. Es sind hier die Nummern der Fragen zur ersten Fallgeschichte (I bzw. I') angeführt, für die andern Fallgeschichten gelten die jeweils entsprechenden.

8.1. Wahrnehmung der Störung

Hiermit erfassen wir, ob die in den Fallgeschichten beschriebenen Personen überhaupt als gestört angesehen werden, wie gross die ihnen zugeschriebene Störung ist, und in welchen Bereichen ihre Störung lokalisiert wird.

Das Wahrnehmen eines Leidens kann nach den Ergebnissen der Voruntersuchung als sensibelstes aber nicht als einziges Kriterium für das Wahrnehmen einer Störung gelten. Der Paranoide in Fallgeschichte III bzw. III' wurde mehrmals als psychisch krank aber nicht als leidend beurteilt. Dies brachte uns dazu, entweder das Wahrnehmen eines Leidens oder einer psychischen Krankheit als Operationalisierung für die Wahrnehmung der Störung zu

definieren (siehe Frage 5 und 13 sowie die Intervieweranleitung nach Frage 14).

Art der Störung

Damit meinen wir die in den einzelnen Fallgeschichten beschriebenen Störungen:

- die psychosomatische Störung, bei welcher die betroffene Person arbeitsfähig ist Fallgeschichte I
- die psychosomatische Störung, bei der die betroffene Person arbeitsunfähig ist Fallgeschichte I'
- die innerpsychische Störung, welche für die Aussenwelt kaum sichtbar ist, und worunter nur die betroffene Person leidet Fallgeschichte II + II'
- die paranoide Schizophrenie, bei der die betroffene Person gewalttätig ist Fallgeschichte III'
- die paranoide Schizophrenie, die betroffene Person ist nicht gewalttätig Fallgeschichte III

Störungsintensität

Darunter verstehen wir das Ausmass der Störung, wie es sich allgemein und in den einzelnen betroffenen Bereichen zeigt:

- Auffälligkeit des Verhaltens Frage 8,9
- soziale Attraktivität des Verhaltens, darunter verstehen wir, die zu erwartende positive oder negative Reaktion der Umwelt auf das Verhalten im Privatleben und am Arbeitsplatz Frage 6,7
- Vernünftigkeit des Verhaltens Frage 11

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| - Befindlichkeit | Frage 5 |
| - psychische und physische Gesundheit | Frage 12,13 |
| - Normalität | Frage 10 |

8.2. Weitere Konzepte

Therapiepotential

Der den einzelnen vorgeschlagenen Massnahmen zugeschriebene Erfolg in der Beeinflussung der Störung

Frage 16,17

Frühere Erfahrung mit psychischen Störungen

Hier interessiert uns selbst Erlebtes ebenso wie von andern berichtete Erfahrungen.

- | | |
|-----------------------|---|
| - damalige Massnahmen | A |
| - deren Erfolg | B |
| - damalige Ursachen | C |

8.3. Verarbeitung der Störung

Darunter verstehen wir den Umgang mit der Störung durch: Zuschreibung einer bestimmten Ursache, Annahme eines bestimmten Verlaufs und die Wahl bestimmter Massnahmen, um die Störung zu beheben.

Verweisverhalten

Frage 16

Diese Dimension soll erfassen, ob überhaupt Hilfe gesucht wird und wo sie gesucht wird. Wir fassen die Art der Hilfesuche auch in folgenden Subdimensionen zusammen:

- informelle Hilfe	Antwort-Nummern
damit ist gemeint, dass die Hilfesuche innerhalb des Laiensystems bleibt	5,7,8 evt. 3
- formelle Hilfe	
bei der Hilfesuche wendet man sich an Experten	2,4,6,9
- psychiatrisch, psychologische Hilfe	4,6,9
- keine Hilfe	1

Verlaufseinschätzung

Die weitere Entwicklung der Störung mit und ohne Hilfe	Frage 15,17
--	-------------

Ursachenattribuierung

Die der Störung zugeschriebene Ursache	Frage 18
Subdimensionen:	Antwort-Nummern
- somatische Ursache	3,7
- psychische Ursache	1,2,4,8
- Ursache in der Arbeitssituation	6

8.4. Unsere Fallgeschichten

8.4.1. Konstruktion und Inhalt

Mit unseren Fallgeschichten wollen wir dem Interviewten in kurzer Form verschiedenste Informationen über Berufs- und Privatleben, über Alter und Geschlecht, Gefühle und Verhalten der beschriebenen Personen vorlegen. Die Geschichten sind von uns selbst konstruiert, abgesehen von einer auf deutsch übersetzten STAR-Geschichte, die den Zweck hat, einen Vergleich mit den Ergebnissen von STUMME zu ermöglichen, der dieselbe Geschichte in seiner Untersuchung in zwei deutschen Städten, verwendet hat.

Als Grundlage für die Konstruktion der Geschichten dienten uns schriftliche Selbstdarstellungen von Personen, die sich wegen ihrer Probleme an die Sendung des Schweizer Radios "Das Problem, Hörer und Berater im Gespräch" gewandt hatten. Sie waren uns freundlicherweise von der Leiterin der Sendung zur Verfügung gestellt worden.

Die Geschichten haben wir in beschreibendem und berichtendem Stil abgefasst. Wertende Aussagen und wertende Adjektive wurden vermieden.

Wie die Voruntersuchung ergab, sind die Geschichten den Befragten verständlich und werden als wirklichkeitsnahe wahre Darstellungen angesehen. Im Einzelnen werden in den Fallgeschichten beschrieben:

in Geschichte I:

Ein verheirateter Mann. Er hat eine Arbeitsstörung, deren Grund er nicht kennt. Seine Symptome sind Nervosität und Kopfschmerzen nach der Arbeit. Sein Umgang damit besteht in der Zerstreuung durch Gartenarbeit oder Fernsehschauen mit der Familie, was aber oft seine Kopfschmerzen nicht zum Verschwinden bringt. Er hat Einschlafstörungen und dann am nächsten Morgen ein Gefühl des Unausgeschlafens und Erschlagenseins.

in Geschichte I':

Dasselbe wie in I. Dazu kommt, dass der Mann sich wegen seinem morgendlichen Zustand seit zwei Tagen unfähig fühlt, zur Arbeit zu gehen.

in Geschichte II:

Eine 28-jährige ledige Frau. Sie hat Kontaktschwierigkeiten und ist depressiv. Sie hat Mühe Bekanntschaften zu schließen und fühlt sich weniger fröhlich und ausgelassen als andere. Am Arbeitsplatz funktioniert sie gut und wird geschätzt.

in Geschichte II':

Derselbe Inhalt wie in Geschichte II, nur handelt es sich hier um einen 28-jährigen ledigen Mann.

in Geschichte III:

Ein paranoider Mann. Er fühlt sich beobachtet und von Feinden umgeben. Hat seine Umgebung deshalb auch schon mehrfach beschimpft. Die Beziehung zu seiner Frau ist gestört, er wirft ihr vor, nicht zu ihm zu halten.

in Geschichte III':

Dasselbe wie in III. Dazu kommt, dass er gegen seine Frau und andere Leute körperlich tätlich ist.

8.4.2. Die Gründe für die Verwendung der einzelnen Geschichten

Warum wir gerade diese Geschichten ausgewählt haben, soll im Folgenden erläutert werden.

Die Geschichte I lässt von den Informationen, die sie gibt, einen Spielraum die Störung als körperlich oder seelisch bedingt anzusehen. Dies soll uns ermöglichen, Aussagen darüber zu machen, ob einzelne Bevölkerungsgruppen mehr zur Zuschreibung von körperlichen oder seelischen Ursachen neigen.

Zum andern beschreibt die Geschichte eine häufige Symptomatik. Wieweit der Griff zur Pille in einem solchen Fall verbreitet und wieweit er schicht- und geschlechtsabhängig ist, soll diese Geschichte auch zu erheben erlauben.

Ein weiterer Grund zur Auswahl gerade dieser Episode war die Einfachheit, mit der es bei dieser Symptomatik möglich ist, mit nur einer weiteren Information die Arbeitsunfähigkeit einzubringen, so dass der Unterschied zwischen Geschichte I und I' wirklich diese eine Information ist.

Dies gestattet eine saubere Hypothesenprüfung über den Effekt der Arbeitsfähigkeit bzw. Unfähigkeit. Mit der in Geschichte II beschriebenen Störung wollen wir eine Person präsentieren, die nach aussen hin ziemlich intakt ist. Der Ort ihrer Störung liegt vor allem in der Gefühls- und Erlebniswelt, "nur" auf der psychischen Ebene. Der Arbeitsbereich ist völlig störungsfrei, körperliche Symptome sind keine vorhanden. Diese Geschichte soll ein Stimulus sein, um die in der Literatur oft zu findende Mei-

nung, "die Unterschicht nehme eine solche rein psychische Art von Störung weniger ernst", auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Die Geschichte III' dient wie schon gesagt dem Vergleich mit den Ergebnissen STUMMES. Ferner erlaubt die von uns vorgenommene Variation III, die in der Herausnahme der Informationen über die körperliche Tätlichkeit des Paranoiden besteht, eine Gegenüberstellung mit der Geschichte III', um den Effekt der Gewalttätigkeit auf die Beurteilung zu erheben.

8.4.3. Soziale Nähe zwischen Beurteiler und Beurteiltem

Eine wichtige Forderung, die wir an die Geschichten haben, ist folgende:

Die geschilderten Lebensumstände sollen möglichst nahe an den tatsächlichen Lebensumständen des Beurteilers sein. Sein Erfahrungsbereich soll angesprochen werden, um zu ermöglichen, dass seine wirklichen Meinungen und Reaktionen stärker zum Vorschein kommen, und den gemessenen Einstellungen mehr Handlungsrelevanz zukommt. (vgl. Die Diskrepanz von Einstellung und offenem Verhalten)

Wir versuchten dies, indem wir soziale Nähe zwischen Beurteiler und Beurteiltem herstellten durch ungefähre Gleichsetzung des Alters und der beruflichen Stellung. Die vollständige Gleichsetzung all der eben genannten Faktoren erwies sich, wie Tiefeninterviews und Voruntersuchung ergaben, als ungünstig. Bei einem Teil der Befragten erweckte dies nämlich die Meinung, die Geschichte würden von ihnen selbst handeln, man wolle sie mit dem geschilderten Verhalten in Verbindung bringen. Unwille und negative Gefühle dem Interview gegenüber waren die Folge und die Bereitschaft der Interviewten zur weiteren Mitarbeit war ernsthaft in Frage gestellt.

Nun erhält jeder Proband Fallgeschichten, die Personen beschreiben, deren berufliche Stellungen etwa derjenigen des Befragten entsprechen. Zum praktischen Procedere der Bestimmung der sozialen Version siehe Pt. 8.5. (S. 71 ff)

8.5. Soziale Schicht

Der Begriff der sozialen Schicht verdient eine eingehendere Betrachtung. Begriffe wie soziale Schicht, Unterschicht etc. werden ständig von uns benutzt. Zuerst ist festzuhalten, dass eine einheitliche Definition und Operationalisierung des Konzepts Schicht in der einschlägigen Literatur nicht besteht. In den verschiedenen Untersuchungen auf dem Gebiet der psychischen Störungen wurden immer wieder verschiedene Definitionen verwendet.

Um dieser Begriffsverwirrung begegnen zu können, wäre ein Rekurs auf eine soziologische Theorie vonnöten, bei der der Begriff der Schicht ein klar definiertes und theoretisch begründetes Element der wissenschaftlichen Theorie ist, und welche die Auswahl der Indizes zur konkreten Bestimmung theoretisch begründet. Diese Theorie existiert nach unserem Literaturüberblick nicht. Gerade auf diesem Feld der Soziologie besteht ein theoretisches Manko. Die Erklärung dafür dürfte u.a. in der Tatsache liegen, dass der Begriff der sozialen Schicht bzw. die mit ihm beschriebene Theorie Grundfragen der Struktur unserer Gesellschaft betreffen und mehr Gegenstand ideologischer Auseinandersetzung als wirklich wissenschaftlichen Diskussion sind. Was aber sind nun die wenig fundierten aber gängigen Schichtkriterien in der sozialpsychologischen und sozialpsychiatrischen Literatur und welche verwenden wir?

Zwischen zwei grundsätzlich verschiedenen Schichtbestimmungen ist zu unterscheiden: den subjektiven und den objektiven. Bei der subjektiven z.B. der Sozialen Selbsteinschätzung (SSE nach KLEINING und MOORE, 1968) ordnen sich die Personen, deren Schichtzugehörigkeit bestimmt werden soll, selbst einer Sozialschicht zu. Diese Selbst - Einstufung nach der erlebten Rangordnung hat gegenüber objektiven Verfahren den Vorteil, dass sie Auskunft über das gesellschaftliche Bewusstsein der Befragten gibt. Am sozialpsychologischen Institut der Universität Zürich und in der Bildungsforschung (z.B. BECK und KOENIG, 1975) werden soziale Selbsteinschätzungen einfacherer Art als die SSE öfter verwendet, und es wird gesagt, dass sie gut mit objektiven

Schichtzuteilungen übereinstimmen. Aus den Ergebnissen unserer Voruntersuchung wird der Schluss aber nahe gelegt, dass grosse Unterschiede zwischen den beiden Schichterfassungsmodi bestehen. Es hatte sich nur eine Person selbst in die Unterschicht eingestuft, während nach der objektiven Einteilung sieben Personen in diese Schicht gefallen sind. Unsere Untersuchung mit der Befragtenzahl von 200 scheint uns eine gute Gelegenheit, die Grösse der Diskrepanz zwischen einer subjektiven und einer objektiven Schichteinteilung zu erfassen.

Die objektiven Schichteinteilungen teilen sich in solche, die nur ein Merkmal zur Schichtbestimmung verwenden und solche, die zwei oder mehr Merkmale gewichtet oder ungewichtet miteinander kombinieren. Bei den letzteren sind der von HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) für amerikanische Verhältnisse verwendete "Index of social position" und der von SCHEUCH (1961) für Deutschland verwendete die bekanntesten.

Bildung, Beruf, Wohngegend sind die Indikatoren, die bei HOLLINGSHEAD und REDLICH in den Gesamtindex mit einer Gewichtung von 5,9,6 eingehen. Bei SCHEUCH sind es die Faktoren Beruf, Einkommen und Bildung. Zusammen mit der Stellung im Beruf und der Berufsausbildung sind dies die gebräuchlichsten Faktoren, die in der Literatur und in der Praxis für eine Indexbildung verwendet werden. Wir benützen für unsere Untersuchung einen kombinierten Index, der den Befragten als Teil des Sozialverbands Familie begreift und ihn der Schicht der Familie, der er angehört, zuordnet. Der Index wurde von RIES und KRIESI (1974) entwickelt und von ihnen in ihrer Arbeit über den "Studienverlauf an Schweizer Hochschulen" angewandt. Für unsere Zwecke haben wir den Index etwas abgeändert.

Von den ursprünglichen Faktoren, die zur Schichtbestimmung bei Studenten benutzt wurden, haben wir den Faktor Berufsausbildung fallengelassen. Zum einen weil die Schichteinteilung nach Berufsausbildung bzw. Schulbildung keine grossen Unterschiede ergibt, und zum andern weil RIES und KRIESI dem Faktor Schulbildung so wieso ein grösseres Gewicht beimessen als der Berufsausbildung.

Tabelle 8:

Schulbildung Frauen

OS	
OM	
MM	Hochschule
UM	Fachschule/höhere Schulen ohne Maturität/Maturität
US	Höhere Volksschule/Volksschule

Tab. 8

Tabelle 9:

Schulbildung Männer

OS	
OM	
MM	Hochschule/Maturität/höhere Schulen ohne Maturität/ Fachschulen
UM	Höhere Volksschule
US	Volksschule

Tab. 9

Höhere Volksschulen sind: Sekundar- und Realschule.

Zu den höheren Schulen ohne Maturität und den Fachschulen zählen: Technikum, Seminar, Handelsschule etc.

Unter die Kategorie Hochschul- und Mittelschulbildung fallen Befragte mit und ohne Abschluss.

Tabelle 10:

Berufliche Position *

Oberschicht

Höchster Angestellter / Beamter

Selbständig im Grosshandel

Unternehmer (mehr als 100 Mitarbeiter)

Obere Mittelschicht

Selbständiger Akademiker

Pfarrer

Selbständig in Dienstleistungsbranche

Höherer Angestellter / Beamter

Unternehmer (bis 100 Mitarbeiter)

Mittlere Mittelschicht

Mittlerer Angestellter / Beamter

Untere Mittelschicht

Angestellter / Beamter ohne leitende Funktion

Selbständig im Gewerbe

Selbständig im Detailhandel

Unterschicht

Arbeiter

Hilfsangestellter / Bürogehilfe

Arbeitsunfähige / Invalide

Tab. 10

zit. nach RIES und KRIESI (1974)

* Erläuterungen zur Einordnung der Befragten nach der beruflichen Position finden sich im Anhang.

Wir ordnen nun bei Ledigen die berufliche Position des Befragten und seine Schulbildung nach den obenstehenden Tabellen in die entsprechenden Schichten ein. Bei Verheirateten wird nur die berufliche Position des Mannes, auch wenn die Frau befragt wird, sowie die Schulbildung beider Ehepartner den entsprechenden Schichten zugeordnet. Studenten und Schüler werden der Schicht ihrer Eltern zugeordnet. Die höchste Schicht, die bei den Zuordnungen erreicht wurde, gilt als Schicht des Befragten, bzw. seiner Familie.

Hier die Veranschaulichung des Procederes anhand zweier Beispiele:

Eine verheiratete Frau, die eine Kunstgalerie leitet und die Kunstgewerbeschule besucht hat und deren Mann Architekt ETH mit selbständigem Büro ist, wird befragt. Gemäss ihrer Schulbildung wird die Frau der unteren Mittelschicht (siehe Tabelle 8) zugeordnet. Die Schulbildung ihres Mannes entspricht der mittleren Mittelschicht (Tabelle 9), seine berufliche Position der oberen Mittelschicht (Tabelle 10). Gemäss der Auswahlmaxime wird diese Frau der höchsten, ihr bzw. ihrem Ehepartner zugeordneten Schicht, nämlich der oberen Mittelschicht zugerechnet.

Ein verheirateter Mann, der die Volksschule besucht hat und von Beruf Arbeiter in einem Uhrenbetrieb ist, wird befragt. Seine Frau ist Hausfrau und hat vor Jahren das Lehrerseminar gemacht. Wie aus den Tabellen 9 und 10 hervorgeht, korrespondieren die Schulbildung und die berufliche Stellung des Befragten mit der Unterschicht. Seine Frau hat aber eine höhere Schule ohne Maturität besucht, was aufgrund der Tabelle 8 der unteren Mittelschicht entspricht. Gemäss der Auswahlmaxime gehört der Befragte in die höchste, ihm bzw. seinem Ehepartner zugeordnete Schicht, also in die untere Mittelschicht.

Das Problem eines kombinierten Schichtindexes liegt zum einen bei der Auswahl der einzelnen Faktoren und ihrer Gewichtung und zum andern an der Zusammenfassung der erhaltenen Indexwerte zu einer bestimmten Sozialschicht. Die Kriterien, die angeben, wieso ein bestimmter Indexwert gerade dieser und nicht einer

andern Sozialschicht zugeordnet wird, sind von den Autoren meist intuitiv, selten aufgrund von vorliegenden empirischen Daten und fast nie theoretisch hergeleitet. Obwohl diese Nachteile zum Teil auch auf den Schichtindex von RIES und KRIESI zutreffen, verwenden wir ihn trotzdem, da sie sich zu seiner Konstruktion an den neueren deutschen und englischen Literatur orientiert haben.

Der Index von RIES und KRIESI (1974) beinhaltet das wichtige sozialökonomische Merkmal des Einkommens nicht. Da wir darauf nicht verzichten wollen, erheben wir das Einkommen der Befragten und machen auch eine Schichteinteilung unserer Stichprobe nur mit Hilfe dieses Merkmals.

Wir könnten dabei die Schichtgrenzen arithmetisch bestimmen, was in der Sozialforschung eine verbreitete Praxis ist. Das Vorgehen dabei wäre folgendes:

Die Gesamtzahl der Befragten wird je nach ihrem Einkommen in eine untere, mittlere und obere Einkommensklasse eingeteilt, und zwar so, dass jede Klasse zahlenmässig genau ein Drittel der Befragten enthält. Die auf diese Weise erhaltenen Klassen fasst man dann als so etwas wie eine Unter-, Mittel- und Oberschicht auf. Die eben beschriebene Schichteinteilung bietet den Vorteil, dass man mit einer vergleichsweise geringen Zahl von Befragten auskommt, da man ja alle Schichten gleich stark besetzt hat. So kann man im vorneherein 100% sicher sein, dass man die zur Ueberprüfung der Hypothesen nötige Befragtenzahl in den einzelnen Schichten auch garantiert hat. Diese Schichteinteilung nach arithmetischen Gesichtspunkten hat aber einen gewichtigen Nachteil: die empirischen Schichtgrenzen verlaufen in der schweizerischen (wie auch in den andern Gesellschaften) nicht nach arithmetischen Gesichtspunkten. Ihr Verlauf unterliegt vielmehr soziologischen Gesetzen, ist persönlich als Grenze erfahr- und spürbar, zeigt sich durch das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von materiellen Gütern, Privilegien, Kompetenzen, an bestimmten Werthaltungen und Lebensgewohnheiten, kurzum am Aus- oder Einschluss von Bevölkerungsgruppen bei bestimmten Aktivitäten.

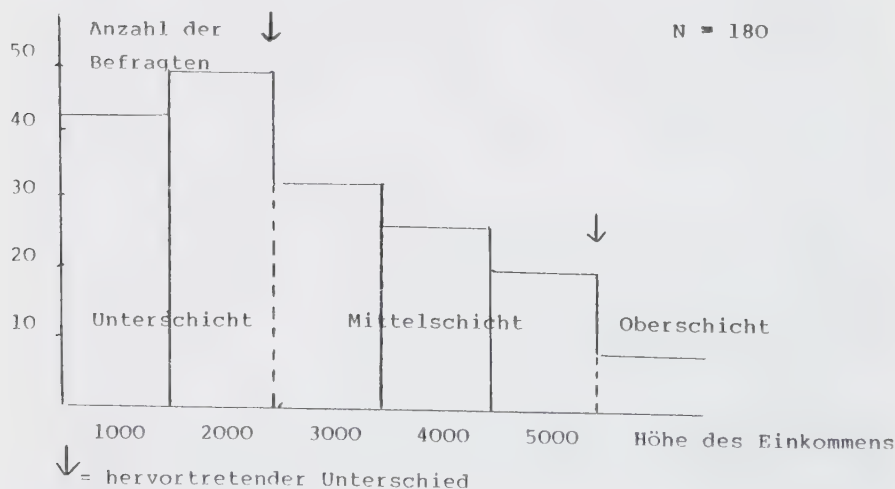
Berücksichtigt man nicht, dass die Schichtgrenzen empirisch verlaufen und legt einfach arithmetische fest, hat man eine gute Chance, tatsächliche Zusammenhänge zwischen Schicht und interessierenden Variablen zu verfehlen. An einem Beispiel soll das Gesagte illustriert werden: Ledige Schweizerfrauen vom Land werden anhand ihrer Bildung in Schichten eingeteilt. Verwendet man die arithmetische Methode, kommen in die oberste Schicht: Mittel- und Hochschulabsolventinnen, Besucherinnen einer höheren Fachschule sowie des Technikums, Sekundarschulabsolventinnen mit Berufslehre und ein Teil der Primarschulabsolventinnen mit Berufslehre. In die mittlere Schicht kommen: die übrigen Primarschulabsolventinnen mit Berufslehre und ein Teil der Primarschulabsolventinnen ohne Berufslehre. Die übrigen Primarschulabsolventinnen ohne Berufslehre kommen in die unterste Schicht.

Vor allem in der obersten Schicht, etwas abgeschwächt auch in der mittleren, sind verschiedenste Bildungsgruppen vereinigt, die sich gänzlich in ihrer Geschlechtsrollennorm, Rollentrennungsnorm, ihrem Einkommen, ihren Berufsaussichten und in ihrer Schichtzugehörigkeit (die nach andern als arithmetischen Gesichtspunkten bestimmt wurde) unterscheiden. Diese Unterschiede wurden von HELD und LEVY (1974) empirisch belegt. Es dürfte nicht allzu schwierig sein, weitere Unterschiede im kulturellen Interesse, in der Kindererziehung, den Sprachgewohnheiten und dem Sexualverhalten zu belegen. Die unterste Schicht umfasst nur eine Bildungsgruppe und ist bezüglich Einkommen, Berufsaussichten etc. homogen. Ein Forscher, der die Bildungsschicht arithmetisch bestimmt hat, würde wegen der Heterogenität der Bildungsgruppen, die er in einer Schicht zusammengefasst hat, insgesamt einen eher schwachen Zusammenhang der erwähnten Variablen (Rollentrennungsnorm, Einkommen usw.) mit der Schichtzugehörigkeit finden.

Der Zusammenhang wäre stärker, hätte der Forscher von der Erfahrung herkommend folgende Schichteinteilung vorgenommen: Frauen mit höherer Bildung (Mittel- und Hochschulabsolventinnen) in die oberste Schicht. Jene mit Berufsausbildung in die mittlere Schicht. Jene, die keine Berufsausbildung haben in die unterste

Schicht. Die erwähnten Variablen haben zu der Schichtzugehörigkeit, die nach dieser Methode bestimmt wurde, einen guten Zusammenhang (HELD und LEVY, 1974).

Der oben erwähnte Nachteil der arithmetischen Schichtung, der anhand der Bildungsschichtung illustriert wurde, hat uns dazu bewogen, die Schichteinteilung beim Einkommen wie folgt vorzunehmen. Nach der Untersuchung werden in einem Histogramm die Anzahl der Befragten, die den einzelnen Einkommensklassen zugehören, eingetragen. Es kann dann abgelesen werden, wo hervortretende Sprünge in der Einkommensverteilung sind. Diese Sprünge werden als Schichtgrenzen festgelegt. Die Idee dabei ist die folgende: Hervortretende Unterschiede im Einkommen zeigen die Existenz unterschiedlicher Einkommensgruppen an. Grosse Unterschiede im Einkommen von verschiedenen Gruppen bedingen weitere Unterschiede zwischen diesen Gruppen, wie z.B.: andere Berufe und Berufspositionen, andere Lebens- und Konsumgewohnheiten etc. Daher können deutliche Unterschiede im Einkommen als diskriminierende empirische Grenze zwischen verschiedenen Gruppen, bzw. Schichten, angenommen werden. An einem fiktiven Beispiel soll das Procedere bei der Einkommensschichtung dargestellt werden:



Tab. 11

Anstatt die Schichtgrenzen dem Histogramm zu entnehmen, ist es auch möglich, mittels der curvilinearen Regression die Wendepunkte der Kurve, die sich ergibt, wenn man die Mitte der Einkommensklassen miteinander verbindet, zu bestimmen. Die Wendepunkte der Kurve mit den ihnen entsprechenden Einkommen bilden die Gruppen, bzw. die Schichtgrenzen.

Insgesamt scheint uns beim jetzigen Stande der Schichtdiskussion das beste Vorgehen das zu sein, neben der Schichtung nach einem kombinierten Index, einer subjektiven Schichtzuteilung auch Schichtungen nach den Merkmalen Schulbildung, berufliche Stellung (nach RIES und KRIESI (1974), Tabelle III), sowie dem Einkommen einzeln vorzunehmen.

Dies bietet den Vorteil, dass man klar sehen kann, welches Merkmal am meisten mit dem Krankheitsverhalten zusammenhängt. Es können auch Vergleiche mit den Ergebnissen anderer Autoren gemacht werden, die nur ein Merkmal verwendet haben (so z.B. STUMME, 1975, der mit einer Schichteinteilung nach der Schulbildung gearbeitet hat).

Unser Vorgehen besteht also darin, einen breiten Fächer von Schichteinteilungen zu benützen. Die Wahrscheinlichkeit, dass uns empirische Zusammenhänge zwischen Schicht und Krankheitsverhalten entgehen, ist so sehr gering.

8.6. Soziodemographische Konzepte

	<u>Frage-Nr.</u>
Geschlecht	0
Alter	1
Zivilstand	2
Beruf	3
Stellung im Beruf	4
Bildung	64
Einkommen	66
subjektive Schichtzurechnung	65
objektive Schichtzurechnung	64 + 4
Konfession	62
Bindung an die Konfession	63

9. Der Fragebogen

Seine Aufgabe ist es, unsere Fragestellungen, Hypothesen und Konzepte zu operationalisieren und in Fragen umzusetzen, die dem Bezugsrahmen der Befragten angemessen sind. (Zur Operationalisierung der Konzepte vgl. Punkt 8.)

Da wir einen Bevölkerungsquerschnitt befragen wollen, stehen wir vor der Schwierigkeit, "Wege zu finden, die unterschiedlichen Erfahrungen durch Vorlage der gleichen Frage hervorzuholen". (CANELL und KOHN, 1968, S. 553) Wie wir im Abschnitt über die Sprache im Interview (Pt. 6.1.) gesehen haben, ist die Forderung, wonach Forscher und Befragter dieselbe Sprache sprechen sollen, nur unvollständig zu erfüllen, da es erhebliche Bedeutungsunterschiede von Wörtern in den einzelnen Schichten und Altersgruppen der Gesellschaft gibt. Auch wenn man sich bemüht, nur geläufige Ausdrücke und Formulierungen zu verwenden, bleibt noch Spielraum zur Interpretation durch die Befragten.

9.1 Gliederung

Der Fragebogen setzt sich zusammen aus den Fallgeschichten und den zugehörigen Fragen, Angaben zur Person des Interviewten und Angaben des Interviewers über das Gespräch und über sich selbst.

Der Befragte erhält die Antwortmöglichkeiten der geschlossenen Fragen jeweils auf einem Blatt überreicht. Der Ablauf sieht folgendermassen aus:

Zuerst wird eine Einstiegsfrage (Eisbrecherfrage) ohne Antwortvorgabe und darauf, als Vorbereitung auf diesen Typ von Fragen, eine mit Antwortvorgabe gestellt. - Dann folgen bereits die Fragen über das Alter (1) und den Zivilstand (2), sowie Beruf (3) und Stellung (4). Dies deshalb, weil wir diese Angaben in die nun folgenden Fallgeschichten einbauen wollen, um die soziale Nähe von Befragtem und der zu beurteilenden Person sicherzustellen.

Nun folgen die Fragen, die sich auf die erste Fallgeschichte beziehen. Die Wahrnehmung der Störung und deren Intensität werden gefragt, dies getrennt für Privat- und Berufsleben. (5 - 13)

Als Auflockerung und um die Verbreitung des beschriebenen Verhaltens zu messen, fragen wir nach der Häufigkeit der beschriebenen Lebensumstände (14).

Falls der Befragte ein Leiden feststellt oder die beschriebene Person als seelisch leicht oder deutlich krank bezeichnet, werden die folgenden Fragen (15 - 18) gestellt, andernfalls wird bei Frage 19 fortgefahren.

Die folgenden Fragen befassen sich mit der Prognose (15) für die in der Fallgeschichte beschriebene Person, mit den Massnahmen zur Verbesserung der Lage der beschriebenen Person (16), sowie mit deren Therapiepotential (17) und mit den möglichen Ursachen für den beschriebenen Zustand (18).

Die Fragen 5 - 18 werden für alle Fallgeschichten einzeln gestellt. (Die Fragennummern oben beziehen sich auf den ersten Durchgang, auf die erste Fallgeschichte).

Danach folgt die Frage nach eigenen ähnlichen Erfahrungen, bzw. Erfahrungen von wichtigen Bezugspersonen. Dabei fragen wir auch nach damaligen Ursachen und Massnahmen, sowie deren Effekt (47).

Schliesslich muss der Interviewer nach Abschluss des Gespräches noch Angaben über dieses und über seine eigene Person machen.

9.2. Zur praktischen Bestimmung der sozialen Nähe in den Fallgeschichten

Ausgegangen sind wir von der Einteilung der beruflichen Positionen in 5 Schichten, wie sie RIES und KRIESI (1974) vorgenommen haben. Wir wählten aus jeder der 5 Sozialschichten Berufe aus, deren Bezeichnung sowohl die Tätigkeit wie auch die berufliche Stellung beschreibt. (z.B. Bank-Direktor oder Werkmeister in einer Maschinenfabrik). Die so erhaltenen Berufe haben wir dann in die Fallgeschichten eingesetzt, so dass nun jede Fall-

geschichte über 5 Berufsversionen verfügt. Alle diese Berufe lassen sich eindeutig einer sozialen Schicht zuordnen.

Die Interviewer erhalten nun, da ja jeder Proband zu drei Fallgeschichten befragt wird, 5 Sets à 3 Fallgeschichten. Der Interviewer wählt folgendermassen das entsprechende Set für den jeweiligen Probanden aus:

Mit Hilfe der untenstehenden Liste und den Angaben des Probanden über seinen Beruf und die Stellung darin, ordnet der Interviewer den Probanden in eine der Schichten ein. Aus der Liste kann er auch entnehmen, welches der 5 Sets von Fallgeschichten der gefundenen Sozialschicht des Probanden entspricht. Er wählt dieses aus und benützt es für das Interview mit dem betreffenden Probanden.

Damit dieses Auswahlprocedere von den Interviewern einheitlich und korrekt durchgeführt wird, müssen sie vor der Untersuchung speziell darin geschult werden.

Das Alter der in der Fallgeschichte beschriebenen Person, trägt der Interviewer während des Interviews selbst von Hand ein, und zwar so, dass es zwei Jahre mehr oder weniger als das Alter des Befragten beträgt.

Berufliche Position

Oberschicht

Höchster Angestellter/Beamter

Selbständig im Grosshandel

Set I

Unternehmer (mehr als 100 Mitarbeiter)

Obere Mittelschicht

Selbständiger Akademiker

Pfarrer

Selbständig in Dienstleistungsbranche

Set II

Höherer Angestellter/Beamter

Unternehmer (bis 100 Mitarbeiter)

Mittlere Mittelschicht

Mittlerer Angestellter/Beamter

Set III

Untere Mittelschicht

Angestellter/Beamter ohne leitende Funktion

Selbständig im Gewerbe

Set IV

Selbständig im Detailhandel

Unterschicht

Gelernter Arbeiter

Set V

Gelernter Hilfsangestellter/Bürogehilfe

ungelernter, angelernter Arbeiter

ungelernter Hilfsangestellter/Bürogehilfe Set VI

Arbeitsunfähiger/Invalide

Tab. 12

10. Die Voruntersuchung

10.1. Vorgehen

Wir untersuchten innerhalb zweier Wochen 23 Probanden mit unserem Fragebogen. Wir erreichten sie auf öffentlichen Plätzen, in Restaurants und zuhause. Die Probanden verteilten sich wie folgt in die verschiedenen Schichten:

Oberschicht	2	8,6%
Mittelschicht	14	60,8%
Unterschicht	7	30,6%

Tab. 13

Wir legten die Fallgeschichten I, I', II, III, III' den Probanden vor. Ein Teil erhielt die Geschichten I, II, III, der andere Teil unserer Stichprobe erhielt I', II, III'. Dasselbe Vorgehen ist auch für die Hauptuntersuchung vorgesehen. (vgl. Pt. 11.)

Viele Leute waren recht skeptisch, wir erhielten auch ziemlich viele Absagen. Wenn die Probanden jedoch eingewilligt hatten, waren sie meist sprechfreudig und beantworteten die Fragen ohne weiteres.

Das Ziel der Voruntersuchung war es, die Funktionsfähigkeit des Fragebogens zu testen, vor allem die Verständlichkeit und seine Dauer, sowie zu prüfen, ob die einzelnen Fragen überhaupt zu unterschiedlichen Antworten führen. Anhand unserer Erfahrung können wir sagen, dass der Fragebogen im ganzen sich bewährt hat, dass aber einige Änderungen notwendig sind.

Die Gespräche dauerten meist weniger als eine Stunde, der Zeitbedarf schwankte zwischen 35 und 90 Minuten. Das Interview wurde von keinem Probanden als zu lang empfunden.

Wenn wir im weiteren Resultate erwähnen, so nur um Trends anzugeben. Da die Stichprobe so klein ist und nicht der Grundpopu-

lation entspricht, dürfen sie keinesfalls überbewertet werden.

10.2. Verständlichkeit

Ob die gestellten Fragen verstanden werden, merkt man auf zwei Arten. Zum einen während des Interviews, zum andern mittels speziell dazu gestellter Fragen.

Das Erfassen der Fallgeschichten, welches gewisse Mindestanforderungen an die Merkfähigkeit stellt, bereitet keine Schwierigkeiten. Wir mussten in keinem Fall die Geschichte wiederholen und hatten den Eindruck, dass die Interviewten den Zusammenhang zwischen den Fragen und den Falldarstellungen immer herstellen konnten. Es zeigte sich, dass mit drei Falldarstellungen die Grenzen sowohl in Bezug auf die Merkfähigkeit als auch auf die Länge und den Abwechslungsreichtum des Interviews erreicht sind. Wir mussten von unserem Vorhaben, statt drei fünf Falldarstellungen vorzulegen, absehen. Es war nicht im vorneherein zu erwarten, dass die von uns verfassten (bzw. die von STAR übernommenen) Fallgeschichten von allen Probanden verstanden werden. Wir wurden sehr überrascht von der Beantwortung der Frage: "Glauben Sie, dass solche Lebensumstände in der Wirklichkeit vorkommen?". Fast alle Befragten bejahten diese Frage. Wir schliessen daraus, dass die Fallgeschichten als wirklich mögliche Lebenssituation eines Menschen verstanden wurden. Es scheint, dass die Geschichten im Lebensbereich unserer Probanden ihre Entsprechung finden oder zumindest finden können. Dies trifft allerdings für die Fallgeschichten III und III', die wir von STUMME übernommen haben, am wenigsten zu. Wir können für die andern Fallgeschichten nicht nur Verständlichkeit, sondern auch Zugehörigkeit der geschilderten Situation in den Lebensbereich der Probanden feststellen.

Die Befragung der Interviewten, welche der gestellten Fragen missverständlich oder zu schwierig formuliert seien, ergab zwar Anregungen für die bessere Präsentation der Fragen und einzelner Antworten. Die Verständlichkeit wurde nie verneint. Die Auswertung der "missing data", der Antwortverweigerungen, ergab nicht nur, dass allgemein wenig Antworten verweigert wurden, sondern

im speziellen, dass bei den offenen Fragen ein grosser Ideenreichtum gezeigt wird und auch diese, schwieriger zu beantwortenden Fragen, gern gelöst wurden. Diese Aussage müssen wir insofern relativieren, als beim offenen Nachfragen ("Was würden Sie vorschlagen, falls dies nichts nützt?") der Anteil der "missing data" sprunghaft stieg. Der Grund dafür scheint uns darin zu liegen, dass die Probanden mit diesen Zusatzfragen überfordert sind und, dass sie das für sie Wesentliche bereits vorher gesagt haben.

10.3. Die offenen Fragen in unserem Fragebogen

Einige Fragen waren so gestellt, dass nicht aus einer vorgegebenen Anzahl Antworten die entsprechende auszuwählen ist, sondern dass der Proband diese frei nach seinen eigenen Ideen zu beantworten hat. Damit wollten wir die Probanden weniger beeinflussen und einengen und gleichzeitig überprüfen, ob unsere anschliessend dargebotene Liste mit Antwortmöglichkeiten umfassend genug ist. In den meisten Fällen fehlten keine der mehrmals erwähnten Antworten auf unseren Listen, doch konnten wir diese raffen und teilweise auch ergänzen.

Wir fragten uns, ob wir bei offenen Fragen bleiben sollten, oder ob wir überall Antwortlisten vorgeben sollen, wo wir in der Voruntersuchung offen gefragt haben. Da wir jedoch nach der ersten offenen Frage unsere Liste übergeben, und dies später zweimal wiederholen, müssen wir annehmen, dass die Antworten der Versuchsperson durch die Vorgabe der Listen beeinflusst werden, in dem Sinne, dass die Probanden "lernen", die in der Liste vorgegebenen Antworten in den offenen Fragen zu reproduzieren.

Zudem haben wir die Listen mit den Antworten ergänzt, welche in der Beantwortung während der Voruntersuchung neu dazu kamen, so dass wir jetzt annehmen können, über eine recht vollständige Antwortpalette zu verfügen. Deshalb verzichteten wir im revidierten Fragebogen auf offene Fragen, dies auch im Hinblick auf die vielen Interviewer und die anschliessende Codierung und Auswertung. Das Stellen von offenen Fragen verlangt vom Interviewer ein besonderes Geschick, soll er doch den Interviewten zum

Sprechen anspornen aber ihn dabei in keiner Weise in bezug auf den Inhalt beeinflussen. Der Einfluss des Interviewers, den wir an anderer Stelle beschrieben haben, (vgl. Pt. 6.2.) ist im Falle von offenen Fragen besonders gross.

10.4. Bereitschaft über (mit-) erlebte psychische Störungen zu berichten

Eine wichtige Frage, die Auskunft über bisherige Erfahrungen geben kann, ist diejenige, welche nach selbst erlebten Beispielen fragt. Die Probanden sollen ähnliche Lebensumstände, wie wir sie in den Fallgeschichten vorgegeben haben, berichten. Dabei war zu erwarten, dass viele Probanden die Antwort verweigern, da es sich um ein typisches Tabu-Thema handelt, über welches man mit fremden Leuten nicht gerne spricht. Wir wurden aber von unseren Probanden überrascht. Nur vier wollten nicht darauf eingehen, während andere gerade über mehrere solcher Erlebnisse berichteten, und dies manchmal in aller Ausführlichkeit. Es scheint als ob einige nur darauf gewartet hätten, dass sie einmal über dieses Problem sprechen dürften.

Auf die entsprechende Frage, "haben Sie selbst oder jemand in Ihrer Familie oder in Ihrem Bekanntenkreis etwas Ähnliches erlebt", erhielten wir folgende Antworten:

nein	1
ja, ich selbst	5
jemand in der Familie	10
jemand im Bekanntenkreis	16
ich möchte nichts erzählen	4

Tab. 14

Dies bedeutet, dass 80% der Befragten mit solchen Lebensumständen bereits irgendwie in Kontakt waren und uns dies auch mitteilen; das was sie über die Fallgeschichten sagen, ist

in einem Zusammenhang mit ihrer Erfahrung. Es zeigt auch eine gewisse Offenheit über dieses Thema zu erzählen, und zwar nicht nur von weit weg stehenden Personen, sondern auch von Personen aus der eigenen Familie und sogar von sich selbst.

Doch zeigte sich dann bei den anschliessenden Fragen, wo es um die ergriffenen Massnahmen und deren Wirkung ging, dass die Bereitschaft zu antworten ziemlich stark abnahm, insbesondere wenn es sich um den Befragten selbst oder um nahe Bezugspersonen handelte.

Ueber die 31 Episoden, welche uns die Probanden berichteten, erhielten wir in den Anschlussfragen (wo wurde Hilfe gesucht, Frage 52) und (hat diese eher genützt oder geschadet, Frage 53) nur noch 23 resp. 18 Antworten. Wir wissen dabei nicht, ob die Probanden nicht mehr antworten wollen oder können.

10.5. Zur sprachlichen Bezeichnung von psychischen Störungen

In der Voruntersuchung befragten wir die Probanden nach ihrem Wortgebrauch für psychische Störungen, indem wir nach den Fallgeschichten fragten, wie sie der dargestellten Person sagen würden, welche Bezeichnung sie gebrauchten. Viele Probanden waren sehr zurückhaltend mit ihren Antworten. Wir änderten dann die Frage so, dass wir die Probanden die Fallgeschichte in ihren eigenen Worten repetieren liessen. Dieses Verfahren ist recht zeitraubend. Es zeigte sich, dass die meisten Probanden die Fallgeschichte gut nacherzählen und für die beschriebene Person recht differenzierte Bezeichnungen finden konnten. Für die verschiedenen Geschichten gaben sie folgende Nennungen:

Fallgeschichte	Fallgeschichte			Fallgeschichte			Fallgeschichte			Fallgeschichte		
	I			I'			II			III'		
	I	I'	II	III	III'	III	I	I'	II	III	III'	III
Adjektive der Umgangs- sprache	16	62 %	3	19 %	23	58 %	11	23 %	11	40 %		
umgangssprachliche Umschreibungen			4	25 %	3	7 %						
abwertende Bezeich- nungen	2	8 %	2	12 %	2	5 %	6	12 %	8	28 %		
(pseudo-)psycholo- gische Bezeichnungen	8	30 %	7	44 %	12	30 %	32	65 %	9	32 %		
total Antworten	26	100 %	16	100 %	40	100 %	49	100 %	28	100 %		
n = Zahl der Befragten	13		10		23		10		13			

Tab. 15

Die Voruntersuchung bestätigt der Tendenz nach die These, dass beim Gebrauch von psychologischen oder psychiatrischen Bezeichnungen die Bevölkerung vor allem an schwerere psychische Störungen denkt (Fallgeschichte III' und I').

Es fällt auf, dass wenige abwertende Bezeichnungen (ekkliger Typ, Spinner etc.) verwendet wurden. Die höchste Rate von abwertenden Bezeichnungen findet sich bei Fallgeschichte III, was uns erstaunt, und wofür wir uns keinen Grund vorstellen können. Wir hatten vielmehr erwartet, dass der gewalttätige Mann in Fallgeschichte III' die meisten abwertenden Bezeichnungen bekommt.

Wollte man noch genauer erfahren, inwiefern die Sprache der Bevölkerung den Bereich psychischer Störungen differenziert wahrzunehmen gestattet, müsste zuerst eine umfangreiche linguistische Vorarbeit geleistet werden, was über den Rahmen dieser Arbeit hinausgeht.

In der Hauptuntersuchung verzichteten wir auf den semantischen Aspekt des Krankheitsverhaltens ganz, denn allein die Erhebung der sprachlichen Bezeichnungen für psychische Störungen, so wie wir sie in der Voruntersuchung vorgenommen haben, ist sehr zeitaufwendig. Ausserdem hat sie alle Nachteile einer offenen Frage.

10.6. Einige Resultate

Wir stellen hier einige Resultate dar, um zu sehen, ob bereits Tendenzen erkennbar sind, welche die Hypothesen über die Schichtabhängigkeit der Antwortverteilung stützen. Wir führen den Vergleich nur zwischen der Mittelschicht und der Unterschicht durch, weil die Gruppe der Oberschicht für einen Vergleich zu klein ist. Die Antwortverteilungen, die angeführt werden, beziehen sich auf alle Fallgeschichten.

Für die Frage 11, in welcher gefragt wird, ob die beschriebene Person krank sei, ergaben sich nach Schichten die folgenden Antworten:

Beurteilung des Gesundheitszustandes

Antwort	US %		MS %	
sehr gesund	0	0	2	5,4
eher gesund	4	20	3	8,1
weder krank, noch gesund	6	30	8	21,6
leicht krank	4	20	9	24,3
deutlich krank	6	30	15	40,5
Total der Antworten	20	100 %	37	100 %
n =	7		14	

Tab. 16

Der Vergleich zwischen Mittelschicht und der Unterschicht ergibt eine Tendenz in der Richtung, dass letztere die beschriebenen Personen als weniger krank beurteilen als Mittelschichtangehörige.

Für die vorgeschlagene Massnahmen ergibt sich das Folgende:

Antwort	US %		MS %		OS %		Total
nichts unternehm.	0	0	0	0	0	0	0
s. aussprechen	7	21,8	13	21,6	1	8,3	21
Hausarzt	5	15,6	8	13,3	2	16,6	15
Pfarrer	1	3,1	1	1,6	0	0	2
Stelle wechseln	3	9,3	3	4,9	0	0	6
Psychiater	6	18,7	10	16,6	3	24,9	19
Verein, Kurs	4	12,5	7	11,6	2	16,6	13
Psychologe	0	0	11	18,3	2	16,6	13
Ausspannen, Kur	3	9,3	5	8,3	0	0	8
Medikament	3	9,3	2	3,3	2	16,6	7
Total der Antworten pro Schicht	32		60		12		104
n =	7		14		2		

Tab. 17 n = Anzahl der befragten Personen

Im Vergleich der Mittelschicht mit der Unterschicht zeigt sich, dass in der Reihenfolge der Nennungen sowohl an der Spitze als auch am Schluss ziemlich grosse Uebereinstimmung herrscht.

"Sich mit jemand aussprechen" ist bei beiden am häufigsten genannt worden. Während in der Unterschicht der Psychiater an zweiter Stelle folgt, ist dies in der Mittelschicht der Psychologe, hier folgt darauf der Psychiater und in der Unterschicht der Hausarzt.

Am Schluss der Reihenfolge liegt übereinstimmend der Pfarrer (diese Massnahme haben wir deshalb aus der Liste entfernt). In der Unterschicht und in der Mittelschicht ist die Nennung "Ausspannen, eine Kur machen" ebenso selten wie die Nennung "ein Medikament nehmen".

Unterschiede finden sich in bezug auf die Nennung des Psychologen. In der Unterschicht wird er gar nicht genannt, während er in der Mittelschicht am zweithäufigsten angegeben wurde.

Für die Oberschicht lässt sich nur feststellen, dass die beiden Probanden mehr Antworten gaben als die Angehörigen der anderen Schichten.

Wegen Unklarheiten ergaben sich einige Aenderungen auf der Antwortliste. Die Antwortvorgabe "längere Zeit ausspannen, eine Kur machen" ist unklar, weil man nicht weiss, ob sich die Probanden vorstellen, dass sie zum Arzt gehen würden, um sich eine Kur verschreiben zu lassen. Durch diese Unkenntnis kann aber nicht entschieden werden, ob es sich bei dieser Antwort um eine informelle oder eine formelle Form der Hilfesuche handelt. Da diese Antwort so selten gegeben wurde, haben wir sie ersatzlos gestrichen. Die Antwortvorgabe zur Massnahme "ein Medikament nehmen" wurde so verändert, dass es nun deutlich ist, dass eine informelle Hilfesuche ohne Beteiligung des Arztes gemeint ist (siehe Frage 16 Antwort Nr. 8).

Verteilung der Ursachen für alle Schichten

Antwort	US	%	MS	%	OS	%	Total
schw. Erlebn. Kindheit	3	6,4	13	17,8	2	10	18
schwacher Wille	5	10,6	2	2,7	3	15	10
Arbeitsbedingungen	8	17	9	12,3	1	5	18
Kontaktprobleme	0	0	5	6,8	3	15	8
falsche Erziehung	4	8,5	16	21,9	1	5	21
Eheprobleme	11	23,4	10	13,6	3	15	24
Vererbung	5	10,6	2	2,7	1	5	8
schlimmes Er. letzter Z.	4	8,5	6	8,2	1	5	11
Hirn-Nerven-Drüsensch.	3	6,4	5	6,8	2	10	10
Gemeinheit	2	4,3	1	1,4	0	0	3
Faulheit	2	4,3	4	5,4	2	10	8
Total	47	100 %	73	100 %	19	100 %	139

Tab. 18

Die in der Unterschicht verbreitetsten Antworten über die Ursache des gestörten Verhaltens sind "Eheprobleme", "Kontakt-unfähigkeit". Am meisten wurde in der Mittelschicht "falsche Erziehung" und "schweres Erlebnis in der Kindheit" als Ursache angegeben. Im weiteren kam die Antwort "Eheprobleme" in der Mittelschicht recht häufig vor, dies in Übereinstimmung mit der Unterschicht.

Einheitlich am Schluss der Rangliste figuriert "Gemeinheit oder Faulheit", auch "schlimmes Erlebnis in letzter Zeit" ist bei beiden Gruppen im letzten Drittel zu finden. In der Unterschicht ist die Antwort "schweres Erlebnis in der Kindheit" erstaunlicherweise gleich selten wie die Antwort "Hirn-, Nerven- oder Drüsenschaden", welche hier in der Rangliste weiter hinten figuriert als in der Mittelschicht. Dafür nehmen erwartungsgemäss die Antworten "Vererbung" und "schwacher Wille"

in der Unterschicht einen vorderen Platz ein als in der Mittelschicht. Für die Hauptuntersuchung haben wir uns entschlossen, nur nach Ursachen und Massnahmen zu fragen, wenn der Interviewte die beschriebene Person als gestört betrachtet. Dies hat seinen Grund darin, dass unsere Auswahl an Massnahmen und Ursachen auf gestörtes Verhalten zugeschnitten ist, und jemand, der die beschriebene Person gar nicht als gestört ansieht, so durch die eingeschränkte Auswahl beeinflusst würde, die Person als weniger normal zu beurteilen als er eigentlich beabsichtigt hatte.

Im Folgenden beschreiben wir den Versuchsplan aus theoretischer Sicht, seine Umsetzung in die Realität ist in Pt. 12.1. beschrieben.

11. Der Versuchsplan

11.1. Die einzelnen Hypothesen

Die Hypothesen unserer Arbeit lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

Hypothesen, die sich auf den Zusammenhang der soziodemographischen Konzepte mit den übrigen Konzepten beziehen und die Aussagen über schichtspezifisches, geschlechtsspezifisches, altersspezifisches Krankheitsverhalten machen und Hypothesen, die sich auf den Zusammenhang der Konzepte die in beschrieben sind beziehen, (z.B. unterschiedliche Beurteilung der Störungsintensität führt zu verschiedenem Verweisverhalten). Im Folgenden werden die Hypothesen zu den einzelnen Konzepten getrennt nach den Hypothesentypen angeführt.

11.1.1. Hypothesen zum Konzept Wahrnehmung der Störung

Soziodemographische Hypothesen

1. Unterschichtsangehörige bewerten die Störungsintensität in allen Fallgeschichten geringer als die Mittelschichtsangehörigen.

- 2 Unterschichtsangehörige bewerten die Störungsintensität in allen Fallgeschichten geringer als die Oberschichtsangehörigen.
- 3 Mittelschichtsangehörige bewerten die Störungsintensität in allen Fallgeschichten geringer als die Oberschichtsangehörigen.

Im Folgenden werden wir die Hypothesen nicht mehr für jede Schicht einzeln ausführen, sondern in einer Formulierung zusammenfassen, dieser aber für jede Einzelhypothese eine separate Ordnungsnummer beigeben.

- 4-6 Der Effekt der Arbeitsunfähigkeit auf die Bewertung der Störungsintensität ist in der Unterschicht grösser als in der Mittelschicht und Oberschicht.
- 7-9 Der Effekt der Gewalttätigkeit auf die Bewertung der Störungsintensität ist in der Mittelschicht und Oberschicht grösser als in der Unterschicht.
- 10-12 Mittelschicht- und Oberschichtsangehörige nehmen mehr gestörte Befindlichkeit wahr als Unterschichtsangehörige.
- 13-18 Für die Unterschichtsangehörigen hat gestörte Befindlichkeit weniger Effekt auf die Beurteilung einer Person als psychisch krank bzw. abnormal als die Störung der Beziehung zur Umgebung im Gegensatz zur Mittel- und Oberschicht.
- 19 Aeltere Leute bewerten die Störungsintensität in den Fallgeschichten weniger hoch, als jüngere Leute.
- 20 Frauen nehmen mehr gestörte Befindlichkeit wahr als Männer.
- 21-22 Bei Frauen hat die gestörte Befindlichkeit mehr Effekt als bei Männern auf die Beurteilung einer Person als psychisch krank, bzw. abnormal als die Störung der Beziehung zur Umgebung.

Andere Hypothesen

- 23-24 Gestörte Befindlichkeit hat weniger Effekt auf die Beurteilung einer Person als psychisch krank bzw. abnormal als die Störung der Beziehung zur Umgebung.

11.1.2. Hypothesen zum Konzept Verarbeitung der Störung

Soziodemographische Hypothesen

- 25-27 Unterschichtsangehörige schlagen mehr informelle Hilfe vor als Mittelschichtsangehörige und Oberschichtsangehörige.
- 28-30 Unterschichtsangehörige schlagen weniger als Mittelschichts- und Oberschichtsangehörige die Hilfesuche bei psychiatrisch/psychologischen Experten vor.
- 31 Wenn die Unterschichtsangehörigen Hilfe vom Experten vorschlagen, dann am ehesten vom Hausarzt.
- 32-34 Unterschichtsangehörige nehmen mehr somatische Faktoren als Ursachen psychischer Störungen an als Mittelschichts- und Oberschichtsangehörige.
- 35-37 Unterschichtsangehörige sehen die Ursachen häufiger in der Arbeitssituation als Angehörige der Mittel- und der Oberschicht.
- 38-40 Unterschichtsangehörige nehmen weniger häufig als Angehörige der Mittel- und der Oberschicht psychische Faktoren als Ursache an.
- 41-43 Unterschichtsangehörige räumen den einzelnen Massnahmen ein kleineres Therapie-Potential ein als Angehörige der Mittel- und der Oberschicht.
- 44 Ältere Leute verweisen eher an informelle Hilfe als jüngere.
- 45 Ältere Leute verweisen seltener an psychiatrisch/psychologische Hilfe als jüngere.
- 46 Ältere Leute räumen den einzelnen Massnahmen ein kleineres Therapiepotential ein als jüngere.
- 47 Ältere Leute sehen als Ursache mehr somatische Faktoren als jüngere.
- 48-49 Männer schlagen seltener formelle Hilfe vor als Frauen verweisen seltener zu psychiatrisch/psychologischen Experten als Frauen.

- 50 Männer geben häufiger als Frauen an, keine Hilfe zu suchen.
- 51 Frauen nehmen mehr psychische Ursachen an als Männer.
- 52 Die Bevölkerung schlägt mehr informelle als formelle Hilfe vor.
- 53 Verschiedene Arten von Störungen führen zu verschiedener Hilfesuche.
- 54 Verschiedene Ursachenattributionen bewirken unterschiedliches Verweisverhalten.
- 55 Je gestörter die Beziehung zur Umwelt desto mehr wird das Aufsuchen einer Klinik empfohlen.
- 56 Wer den Verlauf einer Störung ungünstig einschätzt, empfiehlt mehr formelle Hilfe als wer ihn günstig einschätzt.
- 57 Unterschiedliche Störungsarten bewirken unterschiedliche Verlaufseinschätzungen.
- 58 Die Art der Störung beeinflusst die Zuschreibung der Ursachen.
- 59 Je stärker eine Störung beurteilt wird, desto geringer wird das Therapiepotential eingeschätzt.
- 60 Bei starken Störungen wird der Behandlung beim Psychiater/Psychologen mehr Therapiepotential zugebilligt als den andern Massnahmen.
- 61 Das Therapiepotential hausärztlicher Massnahmen wird höher eingeschätzt als das Therapiepotential psychiatrischer/psychologischer Massnahmen.

11.1.3. Hypothesen zum Konzept frühere Erfahrungen

- 62 Früher erfahrene Ursachen werden den neuen Störungen wieder attribuiert.
- 63 Früher ergriffene Massnahmen werden wieder vorgeschlagen, wenn sie Erfolg gehabt haben.

- 64 Die Leute, die bereits Erfahrungen mit psychischen Störungen gehabt haben, unterscheiden sich in der Wahrnehmung und Verarbeitung der Störung von andern.

11.2. Die Stichprobe

11.2.1. Stichprobenauswahl

Um unserer Fragestellung, deren Schwerpunkt die Erhebung der schichtspezifischen Einstellung ist, zu folgen, liegt der Gedanke nahe, von einer nach Sozialschichten geschichteten Stichprobe auszugehen. Zur Auswahl einer solchen Stichprobe ist es nötig, dass in der Stadt Zürich Daten über mindestens einen Schichtindikator für alle Einwohner vorhanden sind. Es gibt jedoch keine Kartei, die diese Daten verlässlich liefern kann, abgesehen von der Steuerkartei, die uns aber für diese Untersuchung nicht zur Verfügung gestellt wurde. Wir haben nun folgendes Vorgehen gewählt:

Ziehung einer Zufallsstichprobe aus der Einwohnerkartei der Stadt Zürich für die 20-60-jährigen. Die Alterslimitierung auf 20-60-jährige haben wir gewählt, weil jüngere nicht gesondert in der Einwohnerkartei zu finden sind, und weil bei Leuten, die älter als 60 sind, die Fähigkeit, einem standardisierten Interview zu folgen, nicht mehr vorausgesetzt werden kann. Eine Zufallsstichprobe hat den Vorteil, dass sie sowohl ermöglicht, Aussagen über die gesamte Bevölkerung, als auch mit einigen Einschränkungen Aussagen über die sozialen Schichten zu machen. Die Zufallsstichprobe hat für uns aber den Nachteil, dass wegen unserer beschränkten finanziellen Mittel nicht genügend Personen erfasst werden können, um die Zufallsstichprobe im nachhinein in Schichten aufzuteilen, so dass trotz der schiefen Verteilung der Schichten in der Bevölkerung, garantiert genügend Personen in eine Schicht kämen, um statistische Tests zur Ueberprüfung aller Hypothesen durchführen zu können.

11.2.2. Die Grösse der Stichprobe

Die Fragestellung dieser Arbeit beinhaltet als wesentlichen Bestandteil die Abhängigkeit des Krankheitsverhaltens von den soziodemographischen Merkmalen der sozialen Schicht, der Altersgruppe und dem Geschlecht (siehe Pt. 11.1.)

Je nachdem, ob nun diese soziodemographischen Merkmale einzel oder kombiniert mit dem Krankheitsverhalten in Verbindung gesetzt werden, resultieren daraus allgemeinere oder differenziertere Aussagen. Differenziertere Aussagen sind, da von grösserem wissenschaftlichem Wert, eher anzustreben und den allgemeineren vorzuziehen. Wie gross nun die Stichprobe für differenzierte Aussagen bei unserer Arbeit sein muss, dieser Frage gehen wir jetzt nach. Der Ausgangspunkt bildet der folgende angestrebte Differenzierungsgrad der Aussagen:

Wie unterscheidet sich das Krankheitsverhalten von Männern einer bestimmten Altersstufe, die aus einer bestimmten Schicht kommen, vom Krankheitsverhalten von Frauen, die derselben Schicht und derselben Altersgruppe angehören? Oder: Wie unterscheidet sich das Krankheitsverhalten von Männern einer bestimmten Altersstufe und einer bestimmten Schicht, vom Krankheitsverhalten von Frauen, die einer anderen Schicht und einer anderen Altersgruppe angehören?

Wir streben drei verschiedene Schichtgruppen (Unter-, Mittel-, Oberschicht) und drei Altersgruppen (20-33, 34-47, 48-60-jährige) und zwei Geschlechtsgruppen (Männlich, weiblich) an. Damit gerade noch statistische Tests in Form von Mittelwertsvergleichen durchgeführt werden können und die Stichprobe zweigeteilt werden kann (siehe Pt. 8.4.), ergibt sich zahlenmässig zunächst folgendes Bild:

Für eine Stichprobenhälfte N_1 :

Geschlecht

Alter	m w		m w		m w	
20-33	5	5	5	5	5	5
34-47	5	5	5	5	5	5
48-60	5	5	5	5	5	5

m = männlich

w = weiblich

$N_1 = 90$

$N = N_1 + N_2 = 180$

Unter- Mittel- Ober- Schicht

Tab. 19

Diese müssen jedoch wie folgt korrigiert werden: Die Befragten verteilen sich nicht gleichmässig auf die drei Schichten. Die Oberschicht, die durchschnittlich bei den nicht arithmetischen Schichtmodellen mit 10-15 % der Bevölkerung angegeben wird, fällt viel zu klein aus. Damit sie auch genügend, d.h. mit mindestens 5 Befragten pro Zelle besetzt wird, wären etwa 500 Befragte notwendig. Da man nach dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Zürich annehmen kann, dass sich Alter und Geschlecht auch nicht ganz gleichmässig verteilen, obwohl der Fehler hier sehr klein ist, würde es sich empfehlen, von einer Stichprobe, die etwa 520 Personen umfasst, auszugehen.

Bei 200 Befragten ergibt sich folgende Situation:

Für eine Stichprobenhälfte N_1 :

Geschlecht

Alter	m w		m w		m w	
20-33	ca7	7	7	7		
34-47	ca7	7	7	7	ca6	6
48-60	ca7	7	7	7		

m = männlich

w = weiblich

$N_1 = 100$

$N = N_1 + N_2 = 200$

Unter- Mittel- Ober- Schicht

Tab. 20

Die Differenziertheit, mit der bei der Befragtenzahl von 200 Aussagen gemacht werden können, ist wie folgt gegenüber der angestrebten vermindert:

Ueber Unterschiede in den Altersgruppen von Unterschicht und Oberschicht bzw. Mittelschicht und Oberschicht lassen sich keine Aussagen machen. Ueber Unterschiede in den Geschlechtsgruppen von Unter- und Ober- bzw. Mittel- und Oberschicht lassen sich nur grobe Aussagen machen. z.B.: Oberschichtsfrauen haben ein anderes Krankheitsverhalten als Unterschichtsfrauen. Aber nicht: 42 - 60-jährige Oberschichtsfrauen haben andere Einstellungen als 42 - 60-jährige Unterschichtsfrauen. Der Grund für diese Einschränkung der Aussagefähigkeit ergibt sich aus der geringen Besetzung der Oberschicht, die bei der Stichprobengrösse von 200 resultiert. Für den Vergleich des Krankheitsverhaltens von Mittel- und Unterschicht gelten keine Einschränkungen, die Aussagen können mit dem angestrebten Differenziertheitsgrad gemacht werden.

11.3. Hypothesenprüfung und Stichprobenaufteilung

Zur Ueberprüfung der Hypothesen werden folgende Stichprobenaufteilungen vorgenommen:

Die eine Hälfte der Stichprobe erhält Fallgeschichte I, in der es um einen arbeitsfähigen psychosomatisch gestörten Mann geht, Fallgeschichte II, die eine kontaktgestörte depressive junge Frau beschreibt, Fallgeschichte III, die einen paranoiden nicht gewalttätigen Mann zum Inhalt hat, sowie die Fragen, die das Wissen und die Einstellung gegenüber Psychiatern erfassen.

Die andere Hälfte der Stichprobe erhält Fallgeschichte I', die einen arbeitsunfähigen psychosomatisch gestörten Mann beschreibt, Fallgeschichte II', in der es um einen kontaktgestörten depressiven jungen Mann geht und Fallgeschichte III', mit einem gewalttätigen paranoiden Mann, sowie die Fragen, die sich auf das Wissen und die Einstellung gegenüber Psycho-

logen beziehen. Alle übrigen Fragebogenteile sind für alle Interviewten gleich.

Zur Hypothesenprüfung werden nun für die einzelnen Hypothesen je nachdem Schichten-, Alters- oder Geschlechtsgruppen gebildet und miteinander verglichen. Da die Probanden bei den einzelnen Fallgeschichten zu gestörten Personen aus der eigenen Schicht befragt werden, wird bei den Fragen zu den Fallgeschichten aus der Zufallsstichprobe eine nach Sozialschichten geschichtete Stichprobe. Die einzelnen Schichten sind aber nicht gleich gross, da sich die Schichten in der Bevölkerung nicht normal verteilen, was u.a. Probleme bei der statistischen Ueberprüfung der Hypothesen ergibt. In diesem Fall muss die Sozialschicht, in der zu wenig Probanden sind, künstlich so gewichtet werden, dass ein statistischer Vergleich mit den übrigen Sozialschichten möglich ist.

Bei den Hypothesen, die sich auf den Zusammenhang der übrigen Konzepte und Dimensionen untereinander beziehen, werden die Gruppen durch die Antwortkategorien der jeweiligen unabhängigen Variable gebildet. (Als Beispiel die Hypothese 60: Unterschiedliche Beurteilung der Störungsintensität führt zu verschiedenem Verweisverhalten. Hier werden Gruppen mit hoher bzw. niedriger Störungsintensität gebildet, und das mit der jeweiligen Gruppe verbundene Verweisverhalten wird verglichen.)

11.4. Die anzuwendenden statistischen Verfahren

In den untenstehenden Tabellen finden sich die zur Anwendung vorgesehenen statistischen Prüfverfahren. - In Pt. 13.1. werden die zur Anwendung gelangten Verfahren beschrieben und vorgestellt.

Hypothesen- Nummer	unabhängige Variablen	abhängige Variablen	Skalen-Niveau	statistische Tests
1,2,3,	US,MS,OS, Fallge- schichten I,I',II, III,III'	Störungsintensität	Intervall	Rang-Varianzanalyse von KRUSKAL und WALLIS bzw. FRIEDMANN
4,5,6,	US,MS,OS, Fallge- schichten I,I'	Störungsintensität	Intervall	Rang-Varianzanalyse von KRUSKAL und WALLIS bzw. FRIEDMANN
7,8,9,	US,MS,OS, Fallge- schichten III,III'	Störungsintensität	Intervall	Rang-Varianzanalyse von KRUSKAL und WALLIS bzw. FRIEDMANN
10,11,12,	US,MS,OS,	Befindlichkeit	Intervall	Rang-Varianzanalyse von KRUSKAL und WALLIS bzw. FRIEDMANN
13 - 18	US,MS,OS, Fallge- schichten I,I',II, III,III'	Beziehung zur Umwelt, Befindlichkeit, Nor- malität bzw. Gesund- heitszustand	Intervall	Rang-Varianzanalyse von KRUSKAL und WALLIS bzw. FRIEDMANN
25,26,27	US,MS,OS,	formelle, informelle Hilfe	Nominal	Chi-Quadrat-Test

Hypothesen- Nummer	unabhängige Variablen	abhängige Variablen	Skalenniveau	statistische Tests
28, 29, 30	US, MS, OS,	psychiatrisch/ psychologische Hilfe	Nominal	Chi-Quadrat-Test
31	US	Hilfe bei Experten	Nominal	Chi-Quadrat-Test
41 - 43	US, MS, OS, Art der Hilfesuche	Therapiepotential	Intervall	Rang-Varianzanalyse von KRUSKAL und WALLIS bzw. FRIEDMANN
32 - 34	US, MS, OS,	somatische Ursache	Nominal	Chi-Quadrat-Test
35, 36, 37	US, MS, OS,	Ursache in der Arbeitssituation	Nominal	Chi-Quadrat-Test
38, 39, 40	US, MS, OS,	psychische Ursache	Nominal	Chi-Quadrat-Test

11.5. Die drei zu beurteilenden Fallgeschichten mit deren Variationen

Fallgeschichte G I:

Ein Mann ist Jahre alt und verheiratet. Von Beruf ist er

In letzter Zeit gefällt ihm seine Arbeit nicht mehr so recht. Er weiss nicht warum, denn es hat sich daran nichts geändert. Abends kehrt er oft nervös und mit starken Kopfschmerzen von der Arbeit nach Hause zurück. Um dann abzuschalten, arbeitet er gerne etwas im Garten, oder schaut mit seiner Familie Fernsehen. Oft bleibt das Kopfweh aber. Nachts kann er lange nicht einschlafen. Er beschäftigt sich in Gedanken mit den Problemen, die morgen vielleicht auf ihn zukommen. Am nächsten Tag fühlt er sich dann müde und kaputt. Dies ist nun so schlimm geworden, dass er seit zwei Tagen nicht mehr zur Arbeit geht.

Fallgeschichte G I':

Ein Mann ist Jahre alt und verheiratet. Von Beruf ist er

In letzter Zeit gefällt ihm seine Arbeit nicht mehr so recht. Er weiss nicht warum, denn es hat sich daran nichts geändert. Abends kehrt er oft nervös und mit starken Kopfschmerzen von der Arbeit nach Hause zurück. Um dann abzuschalten, arbeitet er gerne etwas im Garten, oder schaut mit seiner Familie Fernsehen. Oft bleibt das Kopfweh aber. Nachts kann er lange nicht einschlafen. Er beschäftigt sich in Gedanken mit den Problemen, die morgen vielleicht auf ihn zukommen. Am nächsten Tag fühlt er sich dann müde und kaputt.

Fallgeschichte G II:

Eine 28-jährige ledige Frau ist von Beruf
Sie geht selten aus. Oft ist sie alleine zuhause. Eigentlich möchte sie lieber mit jemanden zusammen sein, doch es fällt

ihr schwer, neue Bekanntschaften zu machen. Im Geschäft ver-
gisst sie diese Schwierigkeiten. Sie ist sehr fleissig und
wird als Mitarbeiterin geschätzt. Hin und wieder wird sie
von Kollegen eingeladen. Wenn diese lachen und scherzen,
kann sie nicht mitmachen, sie bleibt ernst. Sie spürt, dass
sie nicht so fröhlich und ausgelassen ist wie die andern.
Oft fühlt sie sich niedergeschlagen und fragt sich was bei
ihr nicht stimme.

Fallgeschichte G III:

Stellen Sie sich bitte einen Jahre alten Mann vor, der
sehr misstrauisch ist. Von Beruf ist er
Er traut niemandem und ist der festen Ueberzeugung, dass alle
gegen ihn sind. Häufig glaubt er, dass die Leute, denen er
auf der Strasse begegnet, über ihn sprechen und ihn beobachten.
Einige Male hat er Leute deshalb beschimpft, die er überhaupt
nicht kannte; ein anderes Mal seine Frau. Er wirft seiner
Frau auch vor, dass sie gegen ihn arbeite, genau wie alle
andern auch.

Fallgeschichte G III':

Stellen Sie sich bitte einen Jahre alten Mann vor, der
sehr misstrauisch ist. Von Beruf ist er
Er traut niemandem und ist der festen Ueberzeugung, dass alle
gegen ihn sind. Häufig glaubt er, dass die Leute, denen er
auf der Strasse begegnet, über ihn sprechen und ihn beobachten.
Einige Male hat er Leute geschlagen, die er überhaupt nicht
kannte. Ein anderes Mal hat er seine Frau fürchterlich be-
schimpft und sie dann geschlagen. Er hat ihr auch gedroht,
sie zu töten, weil er glaubt, dass sie gegen ihn arbeitet,
genau wie alle andern auch.

Alter und Beruf werden den jeweiligen Probanden angepasst.
(Vgl. Pt. 8.5.)

12. Stichprobenerhebung und Stichprobenbeschreibung

12.1. Durchführung der Stichprobenerhebung

Um zu 200 Interviews zu kommen, wurden zuerst 350 Adressen ausgewählt. Es zeigte sich aber, dass mehr Absagen als erwartet erfolgten, so dass weitere 150 Adressen gezogen worden sind.

Die Adressen wurden aus dem Einwohnerregister der Stadt Zürich gewonnen. Dabei wurde die gesamte Länge der aneinandergereihten Karteikarten gemessen und bei der ersten Ziehung durch 350, bei der zweiten durch 150 geteilt. Jetzt wurde die so gewonnene Zahl als Längenintervall verwendet, dessen Ende von einer Karte gebildet wurde, die in die Untersuchung einbezogen wurde. Falls darauf eine Person verzeichnet war, welche nicht in unsere Population gehörte (unter 20 und über 60 Jahre, Ausländer), so kam die nächste Karte zum Zuge. So wurden 500 Adressen bestimmt, welche eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung der Stadt Zürich darstellen.

In jeder repräsentativen Umfrage stellen die Antwort-Verweigerer, also jene Adressen, welche aus irgendwelchen Gründen (Nichterreichen, Absage) an der Befragung nicht teilnehmen, eine gewisse Verzerrung dar. Bei uns ergab sich eine zusätzliche Schwierigkeit deshalb, weil die Befragung nach 140 Interviews abgebrochen werden musste. Es stellt sich die Frage, ob die in der Befragung berücksichtigten Personen in ihrer Gesamtheit immer noch repräsentativ sind.

Ueber die Antwortverweigerer liegen keine gesonderten Angaben vor. Wir wissen demnach nicht, ob sich Personen mit für unsere Untersuchung relevanten Eigenschaften der Untersuchung entzogen. Eine Absagequote von mehr als 50 %, wie wir sie annehmen müssen, ist zwar hoch, aber wegen des Themas der Befragung nicht ganz unerwartet. Es ist aber anzunehmen, dass dieser Ausfall Konsequenzen auf die Qualität der Stichproben haben wird. Obwohl wir über keine Angaben z.B. der Schichtzugehörigkeit der Antwortverweigerer verfügen, ist erfahrungsgemäss anzunehmen, dass Unterschichtsangehörige eher zu den Verweigerern gehören als Ange-

hörige der Mittelschicht. Diese wiederum sind eher für eine solche Befragung zu haben, als die Oberschichts-Angehörigen. Somit sind unsere Aussagen - wie alle andern Aussagen solcher Befragungen - mit einem nicht unerheblichen Fehler behaftet. Ueber dessen Grösse können wir auch dann nicht sehr viel aussagen, wenn wir die Angaben unserer Stichprobe mit jenen der Grundpopulation vergleichen, weil nicht über alle Items in der Grundpopulation Angaben zu finden sind.

Der Abbruch der Untersuchung nach dem 140. Interview ist von der Stichprobe her gesehen rein zufällig und hat somit keine Auswirkung auf deren Qualität. Der Abbruch erfolgte in der Folge von der Anhäufung technischer und persönlicher Probleme in der Untersucher-Gruppe. Diese umfasste Studenten verschiedener Richtungen, welche sich vorher untereinander nicht kennen und die für ein kleines Entgelt die einstündigen Befragungen durchzuführen hatten. Oftmals stiessen sie auf sehr grosse Schwierigkeiten, um überhaupt mit dem zu Befragenden in Kontakt zu treten. Zudem erstreckte sich die gesamte Befragungsperiode vom Frühjahr bis Herbst 1978, eine Zeitspanne, welche für Studenten viele Veränderungen bringen kann, so dass die Prioritäten bereits wieder anders gesetzt worden sind. Immerhin sind die individuellen Gründe eines jeden Befragers so speziell, dass sie nicht mit jenen der anderen Interviewer, welche ebenfalls die Untersuchung abbrachen, kumulieren.

12.2. Charakterisierung der Stichprobe

Es ist anzunehmen, dass sich die so ergebenden Verzerrungen gegenseitig aufheben, dass also kein systematischer Fehler entstanden ist. Es muss hier aber eingeräumt werden, dass die grossen Ausfälle eine ernstzunehmende Fehlerquelle darstellen können, auch wenn wir wissen, dass alle solche Befragungen damit behaftet sind und dass wegen des Abbruchs der Befragung kein systematischer zusätzlicher Fehler anzunehmen ist.

Untenstehend folgt ein Vergleich einzelner demographischer Merkmale der Stichprobe mit solchen der Grundpopulation (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich, 1979, und Statistisches Amt der Stadt Zürich).

Die gefundenen Angaben über die Bevölkerung der Stadt Zürich im Jahre 1978 umfassen neben den jährlich erhobenen Angaben (ausgewählte Altersgruppen) auch Volkszählungsergebnisse, die sich in unserem Fall auf das Jahr 1970 beziehen (Religionszugehörigkeit). Wie vorher erwähnt, liegen für verschiedene Items keine Zahlen vor (Berufsposition). Dennoch scheint es sinnvoll, dort wo ein Vergleich möglich ist, diesen anzustellen.

Verteilung nach Geschlecht und Zivilstand

	Stichprobe CH 20-60 J		Stadt Zürich gesamt CH
<u>Geschlecht</u>			
männlich	80	57,6%	45,5%
weiblich	59	42,4%	54,5%
	139	100 %	100 %
	=====		=====
<u>Zivilstand</u>			
ledig	45	32,4%	43,5%
verheiratet	71	51,1%	46,7%
geschieden/getrennt	18	12,9%	4,2%
verwitwet	5	3,6%	6,6%
	139	100 %	100 %
	=====		=====

Tab. 22

Verteilung nach Konfession

	Stichprobe CH 20-60 J		Stadt Zürich gesamt CH
<u>Konfession</u>			
Protestantisch	73	52,5%	63,4%
Katholisch	46	33,1%	32,3%
keine	14	10,1%	4,3%
andere	5	3,6%	
	139	100 %	100 %
	=====		=====

Tab. 23

Bevor wir Aussagen über die Qualität unserer Stichprobe machen, ist festzuhalten, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse recht schwierig ist. In unserer Stichprobe sind die 20-60-jährigen vertreten, während in der Bevölkerungsstatistik die Angaben sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen. Unser Ausschnitt umfasst ca. 61% dieser Gesamtbevölkerung, spezielle Angaben für dieses Segment fehlen. Dennoch versuchen wir, unsere Stichprobe mit der Grundpopulation zu vergleichen.

Die Geschlechtsverteilung in unserer Stichprobe hat wohl zwei wesentliche Gründe. Zum einen fehlen bei uns die älteren Menschen, die eher weiblich sind (63,8% der über 62-jährigen). Zum andern lassen sich Frauen weniger gerne befragen.

Inbezug auf den Zivilstand unterscheidet sich unsere Stichprobe von der Grundpopulation dahingehend, dass wir weniger Ledige dafür mehr Verheiratete und deutlich mehr nicht-mehr Verheiratete haben. Während die Ledigen wohl weniger Interesse an einem solch langen Interview haben, sind besonders die Alleinstehenden daran viel mehr interessiert. Es ist anzunehmen, dass hier die Absagen ungleich verteilt sind.

Inbezug auf die Konfession fällt unser hoher Anteil an Nicht-Konfessionsgebundene bzw. "andere" auf. Hier könnte die unterschiedliche Erhebungsmethode eine Erklärung bieten, aber auch die Möglichkeit bleibt offen, dass bei der staatlichen Befragung seltener zugegeben wird, dass man sich nicht mehr zur Kirche zugehörig betrachtet. Dass dieses Resultat einzig wegen der Zeit, die seit der Volkszählung 1970 verstrichen ist, verändert erscheint, ist eher wahrscheinlich.

Leider verfügen wir über keine Vergleichsmöglichkeit inbezug auf Schulkarriere und soziale Schicht.

Insgesamt erkennen wir keine grobe Verzerrung unserer Stichprobe. Es scheint aber, dass verheiratete Männer und getrennt Lebende eher übervertreten, Frauen dagegen eher untervertreten sind.

Altersverteilung

	Stichprobe		Stadt Zürich 1978 (CH, 20-60 J)	
20 - 33 Jahre	46	33 %	39,8 %	
34 - 47 Jahre	47	34 %	28,3 %	
48 - 60 Jahre	46	33 %	31,9 %	
Insgesamt (20 - 60 J)	139	100 %	173'906	100 %
	=====		=====	
	$\bar{x} = 40.23$		$\bar{x} = 39.5$	

Tab. 24

Für die Alterszusammensetzung der Bevölkerung der Stadt Zürich liegen jährlich nachgeführte Daten vor, die zudem sehr ausführlich sind. So lassen sich unsere Alterseinteilungen präzise mit denselben der Bevölkerung vergleichen. Die vorher erwähnten Probleme sind bei diesem Vergleich nicht vorhanden, die Aussagen entsprechend genauer.

Während unsere Stichprobe durch die gewählte Alterseinteilung exakt in drei gleichgrosse Gruppen aufgeteilt wurde, zeigen sich zur Grundpopulation (alle Schweizer zwischen 20 und 60 Jahren) gewisse Unterschiede. Zwar sind die Alten in unserer Stichprobe (48 - 60 Jahre) nur mit 2,1 % übervertreten, dafür aber die Jungen auf Kosten der Mittleren spürbar untervertreten.

Die entsprechenden statistischen Prüfverfahren zeigten, dass unsere Stichprobe in den Faktoren Alter, Zivilstand und Konfession hochsignifikant mit der Grundpopulation übereinstimmt.

12.3. Weitere Angaben über unsere Stichprobe:

Schichtzugehörigkeit

			zus'gefasst:		
				%	
a)	Schichtzugehörigkeit: Oberschicht	1	19	13.7	
	(objektiv)	obere M'schicht	18	56	40.3
		mittlere M'schicht	56	64	46.1
		untere M'schicht	49		
		Unterschicht	15		
			139	100 %	
			=====		
b)	Schichtzugehörigkeit: Oberschicht	2		1.4	
	(subjektiv)	Mittelschicht	115		82.7
		Grundschrift	18		12.9
	* MD	4		3.0	
Total			139	100 %	
			=====		

* MD = Missing Data

Tab. 25

Einkommen pro Monat

- 1000.-- Fr.	9	6.5 %
1001 - 2000.-- Fr.	10	7.2 %
2001 - 3000.-- Fr.	49	35.3 %
3001 - 4000.-- Fr.	29	20.9 %
4001 - 5000.-- Fr.	17	12.2 %
5000 +	17	12.2 %
MD	8	5.8 %

		139 100 %
=====		

Tab. 26

Kirchgangfrequenz

mehrmals im Monat	17	12.2 %
mehrmals im Jahr	35	25.2 %
einmal im Jahr	37	26.6 %
nie	48	34.5 %
MD	2	1.5 %
Total	139	100 %
	=====	

Tab. 27

Auffallend ist das fast gänzliche Fehlen der Oberschicht. Diese ist wohl in der Stadt weniger häufig als in den renommierten Vororten, dennoch sollten wir diese vermehrt in unserer Stichprobe antreffen. Sie werden wohl auch zu den häufigeren Befragungs-Verweigerern gehören. Wir fassen die Ober- mit der oberen Mittelschicht zusammen und nennen diese Gruppe "obere Schicht".

Bemerkenswert ist der im ganzen doch recht kleine Unterschied zwischen den Gruppengrößen bei der objektiven und der subjektiven Schichtzuteilung. Dies spricht dafür, dass die eigene Schichtzuteilung ein recht gutes Mass für Schichtzugehörigkeit darstellt.

Zusammenfassend halten wir fest, dass auch wenn wir keine groben Verzerrungen unserer Stichprobe gefunden haben, die erwünschte Repräsentativität unserer Aussagen dennoch beschränkt ist. Einerseits bestehen eben doch Unterschiede zur Verteilung in der Grundpopulation, bzw. ist die Vergleichbarkeit allzu eingeschränkt, andererseits sind durch die Absagen und den Untersuchungsabbruch zwei wesentliche, unkontrollierte Fehlerquellen vorhanden, so dass wir inbezug auf die gefundenen Ergebnisse einen nicht unerheblichen Vorbehalt anbringen müssen. Trotz unseren Bemühungen ist die Repräsentativität nicht voll genügend. Es ist uns leider auch nicht möglich, das Fehlermass näher einzugrenzen. Obzwar wir meinen, dass sich einige der Verzerrungen gegenseitig aufheben, bleibt ein unbekannt grosser

Fehlerrest bestehen. Hier erfolgt der Hinweis darauf, alle übrigen "repräsentativen" Studien seien mit ebensolchen - einmal grösseren, einmal kleineren - Fehlern behaftet. Dennoch muss eingeräumt werden, dass unsere Ergebnisse und deren Verallgemeinerungen eine gewisse Einschränkung erfahren.

12.4. Ueberprüfung der Randomisierung

Wie schon beschrieben, wurden den Befragten nacheinander 3 Fallgeschichten zur Beurteilung vorgelegt. Von jeder dieser Fallgeschichten gab es wiederum zwei Varianten, von denen jede Person nach vorher festgelegtem Zuordnungsprinzip nur eine zu beurteilen hatte. Die Reihenfolge der drei Fallgeschichten blieb für jeden Befragten identisch, die Anordnung der Variantenreihenfolge unterlag hingegen folgenden 4 Kombinationen:

Kombinationsmöglichkeiten I-III

	I	II	III	
1.	a	b	a	(n=38)
2.	a	a	a	(n=27)
3.	b	b	b	(n=36)
4.	b	a	b	(n=12)

Tab. 28

Die beiden Varianten pro Fallgeschichte unterschieden sich wie folgt:

Fallgeschichte I

b = Standardgeschichte (G_1)

a = zusätzlich Arbeitsunfähigkeit der geschilderten Person (G_1)

Fallgeschichte II

a = geschilderte Person weiblich, falls Befragte(r) weiblichen Geschlechts (G_2)

b = geschilderte Person männlich, falls Befragter männlichen Geschlechts (G_2)

Fallgeschichte III

a = Standardgeschichte (G_1)

b = zusätzlich Gewaltanwendung der geschilderten Person (G_3)

Somit unterscheiden sich die beiden Varianten in den Fallgeschichten in inhaltlicher Hinsicht lediglich bei Geschichte I und III, während in Geschichte II die beiden Varianten a und b bezüglich der Fallschilderung identisch sind. Hier wurde lediglich das Geschlecht der beschriebenen Person derjenigen des Interviewten angepasst.

Die Zuordnung der Interviewten zu einer der vier genannten Kombinationsmöglichkeiten geschah nach folgendem Schema: männliche Versuchspersonen bekamen alternierend Variantenkombination 1 (a b a) und 3 (b b b) vorgelegt, weibliche Versuchspersonen die Kombinationen 2 (a a a) und 4 (b a b). Angenommen, die ersten 5 Versuchspersonen seien in der Reihenfolge, in der sie nacheinander interviewt wurden, folgenden Geschlechts gewesen: m, w, w, m, m, so hätten diese fünf folgende Kombinationen zur Beurteilung bekommen:

- | | | |
|-----------------------|---|------------------------|
| 1. Versuchsperson (m) | : | 1. Kombination (a b a) |
| 2. Versuchsperson (w) | : | 2. Kombination (a a a) |
| 3. Versuchsperson (w) | : | 4. Kombination (b a b) |
| 4. Versuchsperson (m) | : | 3. Kombination (b b b) |
| 5. Versuchsperson (m) | : | 1. Kombination (a b a) |
- usw.

Die Aufteilung auf die vier Kombinationen erfolgte also innerhalb der Geschlechter nach dem Zufallsprinzip, da auch die Reihenfolge, nach der die Versuchspersonen befragt wurden, rein zufällig war. Lässt man die beiden Varianten der Fallgeschichte II ausser acht, resp. das Geschlecht der Befragten, so reduziert sich die Anzahl Kombinationen auf zwei:

Kombinationsmöglichkeiten I + III

	<u>I</u>	<u>III</u>	
1.	a	a	(n=x)
2.	a	a	
3.	b	b	(n=x)
4.	b	b	

Tab. 29

Die 139 Befragten bekamen also entweder Fall Ia + IIIa oder Fall Ib + IIIb vorgelegt. Da eine der wesentlichen Fragestellungen dieser Arbeit die unterschiedlichen Wahrnehmungen zwischen den a- und b-Varianten in Fallgeschichten I und III betrifft, ist es unter anderem von Interesse, ob bei eventuell sich zeigenden Unterschieden zwischen den beiden Gruppen und somit zwischen den beiden Fallgeschichtenvarianten nicht schon a priori-Unterschiede zwischen den beiden Befragungsgruppen bestanden, die die Ergebnisse verfälschen könnten. Diese Frage betrifft also die Randomisierung. Im besten Falle sollten die für die Beantwortung wichtigen Variablen in beiden Gruppen gleich verteilt sein.

Diese Frage lässt sich natürlich nicht vollständig beantworten, da die für die Beantwortung relevanten Parameter der Persönlichkeitsstruktur, Lebensgeschichte und Herkunft nur vermutet werden können. Zum anderen ist nur ein Teil der überhaupt in Frage kommenden Größen auch statistisch erfasst worden. Bei diesen Variablen lässt sich aber zumindest überprüfen, ob ihre Werte in beiden Gruppen gleich verteilt sind.

Es wurde daher ein statistischer Vergleich für folgende soziographischen Daten vorgenommen: Schicht (3-stufig), Geschlecht (dies ist auf Grund des Versuchsplans ohnehin gleich verteilt), Alter (3-stufig), Zivilstand (3-stufig), Konfession (3- und 4-stufig), Kirchgangfrequenz (4-stufig), Schulbildung (5-stufig), eigene Schichtzuordnung (2-stufig), Einkommen (5-stufig).

Anhand eines Chi-Quadrat-Testes wurden die Verteilungen in beiden Gruppen hinsichtlich Unterschiedlichkeit entscheidungsstatistisch geprüft. Da wir in diesem Falle an der Beibehaltung der

Nullhypothese (es besteht kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Verteilung der in Frage kommenden Variablen) interessiert waren, wurde das Signifikanzniveau auf ein Prozent angesetzt ($p=0.01$). Sollten sich aber Tendenzen zeigen, die auf ungleiche Verteilungen Hinweisen ($p \leq 0.10$), so sollte im Einzelfall erwogen werden, ob diese Abweichungen zu Verzerrungen der späteren Ergebnisse führen könnten. Würde sich z.B. zeigen, dass in einer der beiden Gruppen ledige Versuchspersonen recht stark überwiegen (ohne, dass dies zu einem signifikanten Chi-Quadrat geführt hätte) und sich gleichzeitig herausstellen, dass ledige eine bestimmte Frage signifikant negativer beurteilen als verheiratete oder geschiedene, so könnte beispielsweise ein signifikanter Unterschied in dieser Frage zwischen den beiden Fallgeschichten-Varianten ausschliesslich auf diese Unter- resp. Überrepräsentation von ledigen in der einen, resp. anderen Gruppe zurückzuführen sein.

Übersicht über die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests

	Chi- Quad.	df	p
Schicht	0.72	2	0.69
Geschlecht	0.0	1	1.00
Alter	1.03	2	0.59
Zivilstand	0.59	2	0.74
Konfession	4.75	2	0.09 T
Kirchgangfrequenz	7.09	3	0.068 T
Schulbildung	1.27	4	0.86
eig. Schicht	1.58	1	0.20
Einkommen	2.40	4	0.66

Tab. 30

T = Tendenz

Zur Illustration führen wir untenstehend die beiden Kreuz-Tabellen mit tendenziellen Zusammenhängen an:

1. Verteilung der Konfession in G und G'

	COUNT	Gesch.1 + Gesch.3		ROW TOTAL
	ROW PCT	ERSTER F	ERSTER F	
	COL PCT	ALL	ALL STRICH	
	TOT PCT	1	2	
reformiert	1	31	37	68
		45.6	54.4	56.2
		50.0	62.7	
		25.6	30.6	
katholisch	2	26	14	40
		65.0	35.0	33.1
		41.9	23.7	
		21.5	11.6	
keine	3	5	8	13
		38.5	61.5	10.7
		8.1	13.6	
		4.1	6.6	
COLUMN TOTAL		62 51.2	59 48.8	121 100.0

Tab. 31

2. Verteilung der Kirchgangfrequenz in G und G'

	COUNT ROW PCT COL PCT TOT PCT	Gesch.1 ERSTER F ALL 1	+ Gesch.3 ERSTER F ALL STRICH 2	ROW TOTAL
1 x pro Monat	1	9 60.0 14.3 7.2	6 40.0 9.7 4.8	15 12.0
mehrmals pro Jahr	2	18 52.9 28.6 14.4	16 47.1 25.8 12.8	34 27.2
1 x pro Jahr	3	21 63.6 33.3 16.8	12 36.4 19.4 9.6	33 26.4
nie	4	15 34.9 23.8 12.0	28 65.1 45.2 22.4	43 34.4
COLUMN TOTAL		63 50.4	62 49.6	125 100.0

Tab. 32

Wie Tabelle 30 zeigt, wird keiner der einzelnen statistischen Vergleiche auf dem 1%-Niveau signifikant. Es zeigen sich hingegen Tendenzen in den Variablen Konfession und Kirchgangfrequenz ($p=0.093$ und $p=0.069$). Sie kommen dadurch zustande, dass in der einen Hälfte der Versuchspersonen die die Varianten Ia + IIIa vorgelegt bekamen, fast doppelt soviel Katholiken befragt wurden wie bei Variantenkombination Ib + IIIB, Dementsprechend finden wir hier weniger Reformierte und solche ohne Konfession.

Bei der Variabel Kirchgangfrequenz kommt der Unterschied dadurch zustande, dass in der Hälfte der Befragten mit Kombination Ib + IIIB diejenigen, die nie zur Kirche gehen, fast doppelt so häufig zu finden sind, wie bei den übrigen mit Kombination Ia + IIIa. Dies bedeutet, dass die durchschnittliche Kirchgangfrequenz bei der Gruppe mit Kombination Ia + IIIa höher ausfällt als bei der anderen Hälfte. Dies mag ev. direkt mit der unterschiedlichen Verteilung in den Konfessionen zu tun haben. Katholiken gehen vielleicht häufiger zur Kirche als die beiden übrigen Kategorien (protestantisch und keine). Wenn wir auch sagen können, dass die Randomisierung bezüglich der hier untersuchten soziographischen Grössen bei Zugrundelegung unseres entscheidungsstatistischen Kriteriums ($p=0.01$) gelungen ist, so sollen doch diese tendenziellen Unterschiede bei Konfession und Kirchgangfrequenz für die Interpretation weiterer Ergebnisse im Auge behalten werden.

In einem zweiten Schritt wurde über die Überprüfung soziographischer Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auch geprüft, ob a priori-Unterschiede zwischen den G und G-Strich-Probanden unserer Stichprobe die Beantwortung der Fragen zur Wahrnehmung der beschriebenen Störungen, zur Ursachenzuschreibung und zu den vorzuschlagenden Massnahmen beeinflusst haben könnten. Wir bedienten uns dabei eines Tricks, den man aus der Aufteilung auf die verschiedenen Variantenkombinationen der Fallgeschichten ableiten kann. Die Frage der Randomisierung zielt ja darauf ab, ob die Unterschiede, die bei der Wahrnehmung von Ia versus Ib resp. IIIa versus IIIB laut Hypothesen auftreten sollten, nicht eventuell ein Artefakt der Gruppenbildung sind.

In Fallgeschichte II wird nun aber keine inhaltliche Variation zwischen den beiden vorgelegten Versionen vorgenommen, sodass, würden wir die Art der Stichprobenhalbierung, wie sie bei G_1 und G_3 vorgenommen wurde, auch auf Fallgeschichte II anwenden, wir keine Unterschiede in der Wahrnehmung, resp. Ursachenzuschreibung und vorzuschlagenden Massnahmen antreffen dürften.

Nachdem wir also die Probanden, die die Fallgeschichte II vorgelegt bekamen, ebenso in zwei Hälften aufteilten, wie dies bei der Aufteilung auf G_1 und G_1 -Strich, resp. G_3 und G_3 -Strich geschehen ist, untersuchten wir die zwölf Wahrnehmungsisems anhand eines U-Testes auf Unterschiedlichkeit zwischen den Stichprobenhälften. Dasselbe machten wir mit den zugeschriebenen Ursachen und den vorgeschlagenen Massnahmen anhand eines Chi-Quadrat-Testes. Das Signifikanzniveau wurde hier, wie schon vorher, auf $p=0.01$ festgelegt, da wir auch dieses Mal an der Beibehaltung der Nullhypothese interessiert waren. Trotzdem sollten auch hier eventuell auftauchende Tendenzen für die spätere Auswertung der Hypothesenüberprüfung berücksichtigt werden, die das gesetzte Signifikanzkriterium nicht erreichen, aber doch eine gewisse Unterschiedlichkeit erkennen lassen.

t-Teste zwischen $G_2 + G_2$, zur Prüfung auf a priori-Unterschiede

Item	t	df	p
1. Wie fühlt sich	-1.85	124	0.066 T
2. Wirkung auf Familie	-1.14	125	0.257
3. Wirkung Arbeit	-0.27	125	0.790
4. Auffallen Familie	-0.82	122	0.416
5. Auffallen Arbeit	2.04	123	0.043 T
6. Normalität	-0.15	123	0.880
7. Vernunft	0.08	118	0.936
8. Seel. Gesundheit	-1.79	125	0.076 T
9. Häufigkeit	0.18	124	0.857
10. Prognose o. Behandlung	-1.17	113	0.243
11. Prognose mit Behandlg.	-0.04	110	0.971

Tab. 33

T=Tendenz

Sollten bei denselben Items in G_1 und G_3 Unterschiede zwischen G und G-Strich statistisch bedeutsam werden, so soll im Einzelfall geschaut werden, ob diese Ergebnisse ev. relativiert werden müssen. Bei den Massnahmen und Vorschlägen wurde kein Unterschied festgestellt, weder ein signifikanter noch ein "tendenzieller".

Gesamthaft können wir also abschliessend festhalten, dass bis auf die geschilderten Variablen, in denen gewisse, aber statistisch nicht bedeutsame, Abweichungen von der zu fordernden Gleichverteilung zwischen den beiden Stichprobenhälften festgestellt werden konnten, die Randomisierung in zufriedenstellender Weise gelungen ist. Wir können also eventuelle Unterschiede zwischen den Fallgeschichtenvarianten in der Regel mit gutem Gewissen auf die Variation des experimentellen Stimulus zurückführen.

12.5. Ergebnisse zum Bereich frühere Erfahrungen mit psychischen Störungen

Haben Sie, oder hat jemand aus Ihrem Familien- oder Bekanntenkreis etwas Aehnliches erlebt?

1	nein	41	29,5 %
2	ja	90	64,7 %
	MD	8	5,8 %
	Total	139	100 %
		--	=====

Tab. 34

Falls ja, wer? *

1 Arbeitskollege	23	16,4 %
2 Bekannter, Freund	49	35,1 %
3 Elternteil	8	5,7 %
4 Kunde	1	0,7 %
5 (Ehe-)Partner	7	5,1 %
6 Grosselternteil	1	0,7 %
7 Geschwister	9	6,4 %
8 Kind	2	1,4 %
9 übrige Verwandte	15	10,7 %
10 Proband selbst	20	14,3 %
11 Chef	3	2,1 %
12 Untergebener	1	0,7 %
13 alle bekannte Hausfrauen	<u>1</u>	<u>0,7 %</u>
Total	140	100 %
	===	=====

Tab. 35

* = diese Auflistung umfasst alle gegebenen Antworten.

Von den 140 Antworten entfielen auf die erste dies-
bezügliche Person: 90, auf die zweite: 36, auf die
dritte: 11 und auf die vierte: 3.- Die % - Zahlen be-
ziehen sich auf die Anzahl Antworten, pro Frage wa-
ren 4 möglich.

Wo wurde Hilfe gesucht? *

1 nirgendwo	26	19,4 %
2 Psychiater m. eigener Praxis	22	16,4 %
3 Hausarzt	13	9,7 %
4 Psychologe	13	9,7 %
5 Psychiatr. Klinik	11	8,2 %
6 Freund/Bekannter	6	4,5 %
7 Familienmitglied	5	3,8 %
8 Ehepartner	3	2,2 %
9 Arbeitskollege	3	2,2 %
10 Pfarrer	2	1,5 %
11 Parapsychologe	2	1,5 %
12 Verein, Kurs	2	1,5 %
13 Gruppenpsychotherapie	2	1,5 %
14 Religion	2	1,5 %
15 Stellenwechsel	2	1,5 %
16 Sekte	1	0,7 %
17 Eheanbahnungsinstitut	1	0,7 %
18 Analyse	1	0,7 %
19 Berufswechsel	1	0,7 %
20 viele Möglichkeiten	1	0,7 %
MD	15	11,4 %
Total	134	100 %
	==	=====

Tab. 36 * = Zusammenfassung aller 4 entsprechenden Antworten.

Professionelle Hilfe:	47,7 %
Nicht-professionelle:	52,3 %

Tab. 37

Hat die Hilfe eher genützt oder geschadet? *

1	eher genützt	52	54,7 %
2	weder/noch	34	35,8 %
3	eher geschadet	9	9,5 %
	Total	95	100 %
		==	=====

Tab. 38 * = Zusammenfassung aller 4 entsprechenden Antworten.

Welches waren damals die Ursachen? *

1	Kindheit, Erziehung	32	24,4 %
2	Kontakt, Partnerschaft	22	16,8 %
3	Arbeitsbedingungen	20	15,3 %
4	Vererbung	6	4,6 %
5	Tod einer nahe- stehenden Person	2	1,5 %
6	andere	37	28,2 %
	MD	12	9,2 %
	Total	131	100 %
		==	=====

Tab. 39 * = Zusammenfassung aller 4 entsprechenden Antworten.

Zusammenfassung und Diskussion

Knapp zwei Drittel der Befragten bejahen unsere Frage, ob sie selber oder jemand aus ihrem Familien- oder Bekanntenkreis etwas Aehnliches erlebt haben. Dies ist etwas weniger als in unserer Voruntersuchung (80%), aber wir halten es doch für eine recht grosse Zahl. Es bestätigt uns, dass wir den Probanden Fallgeschichten vorgelegt haben, die etwas mit ihrem Erleben zu tun haben. Die so erhaltenen Antworten sind als nicht mit solchen aus Laborbedingungen vergleichbar. Dies ist wichtig, wenn man von den Befragungsantworten ausgehend auf das tatsächliche Verhalten Schlüsse ziehen möchte. Die Bereitschaft, über psychische Störungen bei sich selber, bzw. in der nächsten sozialen Umgebung zu berichten, ist recht gross. Es scheint, als falle es den Probanden leichter mit einem fremden Interviewer darüber zu sprechen als mit den nächsten Angehörigen.

Die anschliessenden Fragen haben wir so gestellt, dass jeder Befragte maximal zu vier ihm bekannte Fälle psychischer Störungen antworten konnte. Für die Diskussion haben wir diese zusammengefasst. Theoretisch sind demnach 4×139 Antworten pro Frage, also 556 möglich. Zieht man hiervon diejenigen ab, die angaben, dass sie nichts Aehnliches erlebt haben und die missing data ($49 \times 4 = 196$), so bleiben pro Frage 360 Antworten möglich. Diese wurden aber bei weitem nicht erreicht, weil nur noch 36 Personen über einen zweiten Fall berichteten und dann noch 11, die Angaben zu einem dritten machten, während es bloss noch 4 waren, die auch noch über einen vierten Fall von psychischen Störungen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis berichteten. So bleiben insgesamt 140 Antworten. Immerhin konnte diese Zahl auch für die anschliessenden weiterführenden Fragen in etwa gehalten werden: wer bereit ist, über das Vorkommen zu berichten, der war es auch für die zusätzlichen Fragen. Dies war aufgrund der Voruntersuchung nicht anzunehmen.

Am meisten psychische Störungen erlebten unsere Probanden im Bekanntenkreis und an der Arbeit. Ueber ein Viertel berichteten von solchen Vorkommnissen in der Familie. Knapp 15% der

Befragten haben selber schon Ähnliches erlebt, bzw. erleben dies immer noch. Im Vergleich zu den früher erwähnten epidemiologischen Studien mag das wenig erscheinen. Dabei müssen wir uns aber bewusst bleiben, dass das Ziel unserer Untersuchung nicht ist, psychische Störungen in der Bevölkerung festzuhalten. Als Nebenresultat können wir aber dennoch festhalten, dass beinahe jeder Sechste der Befragten selber von einer der beschriebenen psychischen Störungen betroffen war oder ist und diese auch als solche wahrnimmt und zusätzlich bereit ist, dies bekanntzugeben. Wir können hier eine recht grosse Dunkelziffer annehmen, denn wir bieten ja nur eine sehr kleine Auswahl psychischer Störungen an. Die Bereitschaft mit Fremden darüber zu sprechen ist erfreulich gross. Ueber das effektive Ausmass der verschwiegene Fälle können wir nichts aussagen.

In der anschliessenden Frage ging es darum herauszufinden, wo in früheren Fällen Hilfe gesucht worden war. Wiederum fassten wir die Antworten für die vier möglichen Fälle zusammen. Am meisten wurde gar nichts Spezielles unternommen. Dies gilt es im Auge zu behalten, denn im Anschluss an unsere Fallgeschichten fragten wir ja auch nach Massnahme-Vorschlägen und hier wurde die Antwort "nichts unternehmen" kein einziges Mal erwähnt. Im Lichte der tatsächlichen Hilfesuche mutet das dort gefundene Ergebnis recht seltsam an. Wie kommt es, dass in einem tatsächlichen Fall psychischer Störung im engsten Kreis der Befragten am ehesten nichts unternommen wurde? Im Gegensatz dazu aber als Antwort auf einen angenommenen Fall genau diese Möglichkeit nicht gewählt wird? Hier scheint es sich um eine befragungs-imanente Fehlerquelle zu handeln. Die Befragten wussten, dass die Interviewer etwas mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu tun hatten und es ist anzunehmen, dass sie ihre Antworten deshalb (bewusst oder unbewusst) anpassten. Andererseits kann es auch sein, dass sie nichts Näheres über die Hilfesuche wussten oder aber durch die angegebene Nicht-Behandlung signalisieren wollten, dass die genannte psychische Störung keinesfalls so gravierend sei, dass sie einer Behandlung zugeführt werden müsste. Auf diese Art kann die vorher manifestierte Offenheit relativiert werden: aus Verwunderung über den eigenen Mut geben sie eine unklare Antwort.

Es erstaunt einigermaßen, dass der Hausarzt deutlich nach dem selbständig praktizierenden Psychiater an dritter Stelle folgt. Dies deutet darauf hin, dass die Befragten (bzw. die damals Betroffenen) die Störung eindeutig als psychisch identifizieren konnten und zudem, dass sie den entsprechenden Fachmann kannten und ihn auch aufsuchten. Mit anderen Worten gesagt heisst dies, dass das Konzept "seelische Erkrankung" bekannt ist und dass man es auch folgerichtig in Handlung umsetzt; die Schwellenangst beim Gang zum Psychiater ist gar nicht so gross, wie das immer wieder angenommen wird. Durch diese Kenntnis erspart sich der Betroffene den Hausarzt, der seine Funktion als Triage-Station somit nicht wahrzunehmen hat. Wenn man weiss, wie oft Patienten eigentliche Irrfahrten hinter sich haben, bevor sie beim Fachmann ankommen und dort ihre Leidensgeschichte zum x-ten Male wiederholen müssen, bevor er ihnen helfen kann, so beruhigt diese Kenntnis sehr. Der Hausarzt als Sammelstelle aller Krankheiten ist der zweitwichtigste Fachmann für seelische Störungen. Gleichrangig mit ihm wird der Psychologe genannt. Dass dieser Spezialist seltener als der Psychiater aufgesucht wurde liegt daran, dass dieser Beruf jünger und unbekannter ist, aber auch materielle Gründe spielen hier eine Rolle: normalerweise wird die Behandlung beim Psychiater von der Krankenkasse bezahlt, die Behandlung beim Psychologen aber nicht.

Bereits an fünfter Stelle wird die psychiatrische Klinik als damals aufgesuchte Institution genannt. Erstaunlich selten ist der Gang zum Pfarrer, der als weiterer Professioneller erst auf dem 10. Platz folgt. Insgesamt wurde in etwa der Hälfte der genannten Fälle ein Fachmann zugezogen. Die andere Hälfte wurde im Laienbezugssystem beraten und kam nicht zum Spezialist.

Bei den Laien wurde am ehesten im Freundeskreis um Hilfe nachgesucht, erst an zweiter Stelle folgt die Familie. An dritter Stelle folgen die Arbeitskollegen und darauf die Partner. In 10% der Fälle war unbekannt, wo Hilfe gesucht worden war.

Eindeutig genützt hatte die damalige Behandlung in knapp 55% der Fälle, eindeutig geschadet in knapp 10%, bei einem guten Drittel hat sie weder genützt noch geschadet. Im Vergleich zu

dem, was man gemeinhin die Volksmeinung heisst, und ebenso zur klinischen Erfahrung, ist dieser Wert recht hoch. Hier ist ein Quervergleich zur Frage der Prognose unserer Fallgeschichten interessant, speziell mit jener wo gefragt wird, wie es der beschriebenen Person in einem Jahr gehe, wenn sie das unternehme, was der Proband als Massnahme vorschlägt. Da meinen gegen 80% aller Befragten, dass es ihr besser ginge und kaum einer meint, dass es ihr schlechter gehen würde. In dieser Beurteilung unterscheiden sich diejenigen mit Erfahrung nicht von denen ohne, d.h. das Wissen, wie es um die Behandlungschancen steht, verschwindet auf einmal. Hier muss man einen massiven Verdrängungsprozess annehmen: das Wissen weicht der Hoffnung.

Zu Vergleichszwecken wurde auch noch nach den damaligen Ursachen gefragt.

Zusammenfassend können wir festhalten, dass zwei Drittel der Befragten in ihrer nächsten Umgebung psychische Störungen wahrnahmen, knapp 15% litten selber darunter. Am meisten trafen sie solche bei der Arbeit und in der Familie. In einem solchen Fall wurde am ehesten gar nichts unternommen. An zweiter Stelle folgte der Gang zum Psychiater, an dritter der zum Hausarzt und zum Psychologen. Der Pfarrer wurde nur sehr selten aufgesucht. Nur knapp die Hälfte der Fälle kamen bis zum Fachmann, die "grössere" Hälfte blieb im Laienbezugssystem, die Hilfe wurde bei Freunden und im Familienkreis gesucht und gefunden. In 55% der Fälle hat die Hilfeleistung genützt, bei einem Drittel blieb es stationär, bei knapp 10% hat sie geschadet. Die Ursache wurde bei einem Viertel der Fälle in der Kindheit angenommen, knapp ein Fünftel betrachtete die Partnerschafts- und Kontaktprobleme als Ursache, während 15% die Arbeitssituation als Ursache bezeichneten.

12.6. Weitere Resultate

Dauer des Interviews

bis 45 Min.	35	25,2 %
50 - 65 Min.	84	60,4 %
über 70 Min.	20	14,4 %
Total	139	100 %
	===	=====

Tab. 40

Berufslehre

Proband m. Berufslehre	100	71,9 %
Proband o. Berufslehre	38	27,3 %
MD	1	0,8 %
Total	139	100 %
	===	=====

Tab. 41

Fallgeschichten

a) Reihenfolge

1 G ₁ G ₂ ' G ₃	38	27,3 %
2 G ₁ G ₂ G ₃	27	19,4 %
3 G ₁ ' G ₂ ' G ₃ '	36	25,9 %
4 G ₁ ' G ₂ G ₃ '	26	18,7 %
MD	12	8,6 %
Total	139	100 %
	===	=====

Tab 42

b) Darbietungshäufigkeit

G ₁	65
G ₁ '	62
G ₂	53
G ₂ '	74
G ₃	65
G ₃ '	62

Tab. 43

Wie gerne liess sich der Proband befragen?

1 sehr gerne	34	24,5 %
2 gerne	65	46,8 %
3 weder/noch, ungerne	34	24,5 %
MD	6	4,3 %
Total	139	100 %
	===	=====

Tab. 44

Schulbildung

1 Primar-, Ober-, Realschule o. Lehre	9	6,4 %
2 Primar-, Ober-, Real-, Sek.-Schule m. Lehre	84	60,4 %
3 Mittel-, Fach-, Hoch- schule	42	30,2 %
MD	4	3,0 %
Total	139	100 %
	===	=====

Tab. 45

13. Darstellung der Ergebnisse

13.1. Bemerkung zur Art der Daten und zu den gewählten statistischen Verfahren

Es war nicht möglich, die Wahrnehmung in einem einzigen Faktor "Störungsintensität" zusammenzufassen, wie dies ursprünglich vorgesehen war. Der Grund liegt darin, dass jedes der 12 Items etwas ganz spezielles misst, so dass das einzelne Item zuwenig mit dem Gesamtfaktor übereinstimmt. Die Interne Konsistenz (CRONBACH'sches Alpha) wurde für eine mögliche Skala "Störungsintensität", bestehend aus den entsprechenden 10 Items, berechnet. Die Reliabilität betrug nur .33.

Zuerst werden für jedes Item über drei Fallgeschichten die entsprechenden Antworthäufigkeiten dargestellt und interpretiert. Für den Vergleich zwischen den drei Fallgeschichten wurden für jedes der 12 Items eine Rangvarianzanalyse für abhängige Stichproben (Messwiederholungen) nach FRIEDMANN berechnet, sowie WILCOXON-Teste für die Analyse von Einzelvergleichen zwischen den Fallgeschichten.

Untenstehend folgen einige Angaben, die sich auf die varianzanalytische Auswertung im Bereich "Wahrnehmung" beziehen.

Bemerkungen zur Auswahl des geeigneten Designs

In diesem Abschnitt der Arbeit wird der Einfluss der verschiedenen unabhängigen Variablen auf die 12 abhängigen Variablen aus dem Bereich Wahrnehmung und Prognose der geschilderten Störungen untersucht.

Bei den unabhängigen Variablen muss unterschieden werden, zwischen den interessierenden, soziographischen und Variablen wie Offenheit, eigener Erfahrungshintergrund auf der einen Seite und dem systematisch variierten experimentellen Stimulus (2 Varianten pro Fallgeschichte) auf der anderen Seite. Bei der ersten Gruppe, die wir zusammenfassend "soziographische Variablen" nennen wollen, gehen wir davon aus, dass es sich um Grössen handelt,

deren jeweilige Kategorienhäufigkeiten die Verteilung der Merkmale in der Grundgesamtheit der 20 - 60-jährigen Zürcher Stadtbevölkerung mehr oder weniger repräsentativ widerspiegeln. Das Zustandekommen der Gruppengrössen innerhalb einer abhängigen Variablen wie etwa "ledige", "verheiratete", "geschieden-getrennte" für die Variable Zivilstand unterlag also nicht der systematischen experimentellen Planung, sondern der Verteilung der Werte in der Grundgesamtheit und den Zufallseffekten bei der Stichprobenziehung, sodass wir es hier nach varianzanalytischer Terminologie mit ungleichgrossen Zellbesetzungen zu tun haben. Die experimentelle Variable "Fallgeschichtenvariation" hingegen unterlag einer systematischen gleichmässigen Zuordnung auf zwei Stichprobenhälften, die nach dem Zufallsprinzip vorgenommen wurde. Zusätzlich wurde die Zuordnung noch hinsichtlich der Variable Geschlecht gematcht, sodass 50% aller Frauen und 50% aller Männer jeweils Variante 1 vorgelegt bekamen, während die übrigen 50% Frauen und Männer Variante 2 zu beurteilen hatten.

Die übrigen soziographischen Variablen konnten wegen zu grosser technischer Schwierigkeiten nicht gematcht werden, sodass wir davon auszugehen haben, dass einige Variablenkategorien mehr oder weniger über- oder unterrepräsentiert sind in ihrer Verteilung auf die beiden Fallgeschichtenvarianten (siehe hierzu auch Kapitel: "Ueberprüfung der Randomisierung").

Dies wird um so mehr ins Gewicht fallen, wenn wir mehr als zwei Variablen in einem varianzanalytischen Design kombinieren wollen, wie etwa Variation mit Zivilstand und Schicht. Die möglichen Kombinationen aus Zivilstand und Schicht werden noch ungleicher auf die beiden Fallgeschichtenvarianten verteilt sein, als dies bei Zivilstand und Schicht alleine der Fall ist.

Aus all diesen Bedingungen ergeben sich Konsequenzen für die Wahl des varianzanalytischen Auswertungsschemas. Da die Hypothesen anhand mehrfaktorieller Varianzanalysen beantwortet werden sollen, ergeben sich für das Design gewisse Modifikationen und Einschränkungen. Da, wie gesagt, die Kombination aus zwei oder mehr soziographischen Variablen in den beiden Varianten ungleich verteilt sind, müssen wir uns bei all jenen Varianzanalysen, in

denen "Variation" als Faktor eingeht, auf eine zweifaktorielle Varianzanalyse beschränken, weil es sonst zu z.B. Verzerrungseffekten bei der Interpretation von Interaktionen zwischen den Haupteffekten kommen könnte. In den übrigen Varianzanalysen lassen sich beispielsweise 3-faktorielle Varianzanalysen nur dort durchführen, wo Zellbesetzungen für eine sinnvolle Interpretation hinreichend gross sind. Bei einem N von 127 sind der Kombination mehrerer Faktoren mit z.T. mehr als zwei Stufen schon schnell Grenzen gesetzt.

Die zweite Frage betrifft die Wahl des varianzanalytischen Verfahrens im "engeren Sinne". In dieser Untersuchung haben wir es mit ungleichen Zellbesetzungen zu tun, da die Daten der soziographischen Variablen, nach deren Kategorien Gruppen gebildet werden sollen, einer repräsentativen Erhebung entstammen. Die Folge davon ist, dass die Faktoren, die in die mehrfaktorielle Varianzanalyse eingehen, nicht mehr unabhängig voneinander sind, d.h. sie korrelieren. In einem solchen nicht-orthogonalen Design verhalten sich die einzelnen Quadratsummenkomponenten aus Haupt- und Interaktionseffekten nicht mehr additiv, in dem Sinne, dass alle Effekte aufsummiert die totale Quadratsumme ergeben.

Daher muss hier jeder Haupt- und Interaktionseffekt einzeln an alle übrigen Effekte angepasst (adjustiert) werden. Erreicht wird dies mit dem varianzanalytischen Verfahren der "kleinsten Quadrate" oder auch "Regression Approach" genannt. Dieser Ansatz sieht vor, dass jeder Zellenmittelwert, unbeschleun der jeweiligen Zellengrösse, als gleichgewichtig betrachtet wird, da das N pro Zelle ja durch die repräsentative Stichprobenziehung bedingt ist.

Bemerkungen zum Skalenniveau

Bei den in Frage kommenden Items des Wahrnehmungsbereiches handelt es sich in der Regel um Variablen mit ordinalem Niveau, so dass wir unsere Hypothesen streng betrachtet mit nicht-parametrischen statistischen Verfahren auszuwerten hätten. Zum Teil war auch festzustellen, dass einige Variablen rechts- oder links-schief verteilt sind. Andererseits stehen uns aber komplexere

varianzanalytische Methoden nicht-parametrischer Art in keinem gängigen statischen Softwarepaket zur Verfügung. Zudem ist bekannt, dass Varianzanalysen auch dann noch zu einem hohen Prozentsatz zu richtigen Entscheidungen führen, wenn eine oder mehrere ihrer Voraussetzungen verletzt werden (siehe hierzu auch BORTZ, 1978). So entschlossen wir uns, für diese Fragestellungen, bei denen wir varianzanalytisch auch an Wechselwirkungen zwischen den Faktoren interessiert sind, parametrische Verfahren anzuwenden.

Bemerkungen zur Frage "univariate versus multivariate Auswertung"

Streng genommen wäre bei einer solch grösseren Anzahl an abhängigen Variablen, die anhand derselben unabhängigen Variablen untersucht werden, ein multivariates varianzanalytisches Verfahren angezeigt, allein schon, um das Risiko, einen Alpha-Fehler (Fehler erster Art) zu begehen, zu vermindern. Dagegen spricht aber die sehr unterschiedliche Verteilung der Missing Data auf die 12 abhängigen Variablen und die noch strengeren Voraussetzungen, die an ein solch komplexes Verfahren gestellt werden. Um aber trotzdem das Risiko, bei einer so grossen Anzahl univariater Varianzanalysen einen Alpha-Fehler zu begehen, herabzusetzen, entschlossen wir uns für folgende pragmatische Vorgehensweise: Es sollen nur solche Ergebnisse interpretiert werden, bei denen die erklärte Varianz pro Effekt mindestens 5% beträgt, oder bei denen die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner/gleich 0.01 beträgt. Sind eine oder alle beide Bedingungen erfüllt, so wollen wir das Ergebnis als Resultat aufführen und interpretieren. (Bemerkung: COHEN, 1977, nennt als Grenzkonvention für eine mittlere Effektgrösse eine erklärte Varianz von ca. 5,5% resp. $f = 0.25$.)

Durchführung der Varianzanalysen in G_1 , G_2 , G_3

Bei allen Varianzanalysen in Fallgeschichte I und III, die ausschliesslich 2-faktoriell gerechnet wurden, wurde der Faktor Variation (2-stufig) als eine der beiden Faktoren festgelegt. Es wurden sämtliche Kombinationen zwischen Variation und den

soziographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Schicht, Konfession, Kirchgangfrequenz, Offenheit, eigene Erfahrungen, Zivilstand als 2-faktorielle Varianzanalysen berechnet. Falls ein Haupteffekt mit mehr als zwei Stufen signifikant wurde, wurde anhand von ex posteriori-Kontrasten geprüft, zwischen welchen Gruppen signifikante Paarunterschiede vorhanden waren. Wurde eine Wechselwirkung signifikant, so wurde diese graphisch dargestellt und deskriptiv interpretiert. In Fallgeschichte II war das Vorgehen analog, jedoch fiel hier der Faktor Variation aus oben genannten Gründen weg. Daher wurde hier die Variable Schicht (3-stufig) als "fester" Faktor in jeder Berechnung belassen, während die anderen unabhängigen Variablen mit Schicht kombiniert wurden. Auch hier wurden ausschliesslich 2-faktorielle Varianzanalysen berechnet und analog zu Geschichte I und III interpretiert und darbestellt. Weitere Kombinationen aus unabhängigen Variablen wurden nicht vorgenommen, da dies einerseits zu einer überdimensionalen Aufblähung der Anzahl durchgeführter Varianzanalysen geführt hätte, und andererseits, weil hierfür keine spezifischen Fragestellungen vorlagen.

13.2. Ergebnisse zum Bereich Wahrnehmung der Störung

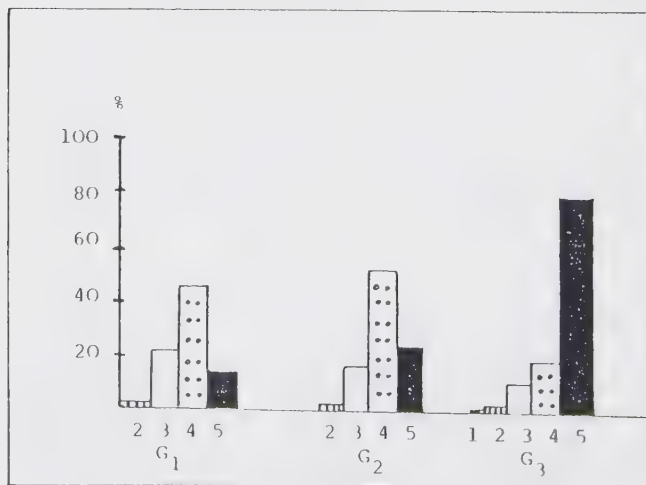
13.2.1. Häufigkeitsauszählungen

1. Wie fühlt sich die Person? (Befindlichkeit)

		G ₁		G ₂		G ₃	
1	sehr wohl	0	0	0	0	1	0,7%
2	ziemlich wohl	7	5 %	3	2,2%	2	1,4%
3	weder/noch	29	20,9%	21	15,1%	10	7,2%
4	leidet etwas	81	58,3%	79	56,8%	14	10,1%
5	leidet stark	20	14,4%	35	25,2%	112	80,6%
MD		2	1,4%	1	0,7%	0	0
Total		139	100%	139	100%	139	100%
=====							
$\bar{x}$		4,3		4,1		4,7	
M		4,3		4,1		4,9	

Tab. 46

Befindlichkeit



Tab. 46a

Alle drei beschriebenen Personen wurden als leidend beurteilt. Dabei galten die beiden ersten Fallgeschichten als deutlich weniger leidend als die dritte. Die zweite beschriebene Person, jene mit der innerpsychischen Störung, welche nach aussen kaum in Erscheinung tritt, wurde als am wenigsten leidend beurteilt. Immerhin wurde aber auch sie klar als leidend bezeichnet. Das Sensorium der Befragten vermochte zwischen den drei verschiedenen Geschichten deutliche Beurteilungsunterschiede zu bewirken. Diese sind auch prüfstatistisch belegt:

Die FRIEDMANN Varianzanalyse zwischen den drei Fallgeschichten brachte ein hoch signifikantes Ergebnis ($N = 138$, $p = 0.000$, $\text{Chi-Q.} = 42.293$, $df = 2$)

Die 1-faktorielle Untersuchung der Einzelvergleiche mit dem WILCOXON-Test brachte folgende signifikante Ergebnisse:

$G_1 : G_2$ $N = 138$, $Z = -2.729$, $p = 0.006$

$G_1 : G_3$ $N = 139$, $Z = -4.032$, $p = 0.000$

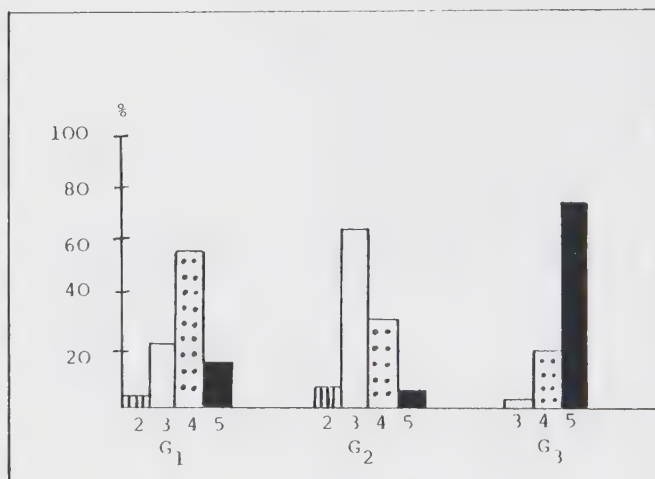
$G_2 : G_3$ $N = 139$, $Z = -9.030$, $p = 0.000$

2. Wie wirkt sie auf Familie und Bekannte?

		G ₁		G ₂		G ₃	
1	sehr angenehm	0	0	0		0	
2	angenehm	7	5,0%	13	9,4%	0	
3	weder/noch	29	20,9%	76	54,7%	1	0,7%
4	unangenehm	81	58,3%	43	30,9%	27	19,4%
5	sehr unangenehm	20	14,4%	7	5 %	111	79,9%
MD		2	1,4%	-		-	
Total		139	100%	139	100%	139	100%
$\bar{x}$		3,83		3,32		4,79	
M		3,90		3,24		4,87	

Tab. 47

Wie wirkt auf Familie?



Tab. 47a

Die Wirkung auf die Familie, Freunde und Bekannte der in der ersten und in der dritten Fallgeschichte beschriebenen Person ist deutlich unangenehm, während dies für die zweite nicht zutrifft. Zwar beurteilt ein Drittel unserer Probanden das Verhalten für die Familie auch in der zweiten Fallgeschichte als unangenehm. Neben den 99% in der dritten Fallgeschichte und den 72% in der ersten, erscheint der erwähnte Drittel als eher bescheiden.

Auch hier ist die Varianzanalyse hochsignifikant ($N = 138$, $p = 0.000$, Chi-Q.: 146.937, $df = 2$)

Die 1-faktorielle Untersuchung der Einzelvergleiche zeigte folgende signifikante Ergebnisse:

$G_1 : G_2$ $N = 137$, $Z = -5.047$, $p = 0.000$

$G_1 : G_3$ $N = 137$, $Z = -8.512$, $p = 0.000$

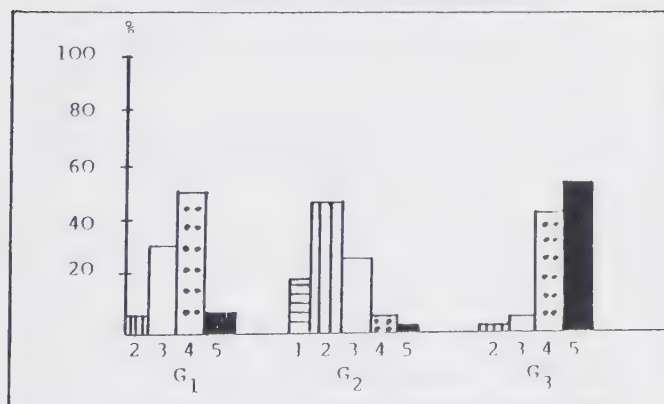
$G_2 : G_3$ $N = 139$, $Z = -9.609$, $p = 0.000$

3. Wie wirkt das Verhalten an der Arbeit?

		G ₁		G ₂		G ₃	
1	sehr angenehm	1	0,7%	29	20,9%	0	0
2	angenehm	9	6,5%	64	46 %	1	0,7%
3	weder/noch	44	31,7%	37	26,6%	5	3,6%
4	unangenehm	73	52,5%	8	5,8%	59	42,4%
5	sehr unangenehm	11	7,9%	1	0,7%	74	53,2%
MD		1	0,7%	-		-	
Total		139	100%	139	100%	139	100%
=====							
$\bar{x}$		3,60		2,19		4,48	
M		3,70		2,13		4,56	

Tab. 48

Wie wirkt an der Arbeit?



Tab 48a

Die in der zweiten Fallgeschichte beschriebene Person wird als in der Arbeitssituation gut funktionierend beschrieben. Sie wird auch entsprechend beurteilt, wo bei nur 66% der Befragten diese als an der Arbeit angenehm wirkend beurteilen. Der recht grosse Anteil an weder/noch-Antworten scheint darauf hinzudeuten, dass die Befragten ahnen, dass die Person zwar arbeitsmässig gut

funktioniert, dass dahinter aber doch schwerwiegende Probleme liegen, die nicht unter den Tisch fallen sollten.

Einigermassen erstaunlich ist das Resultat für die Person in der ersten Fallgeschichte. Dieser Psychosomatiker wurde als an der Arbeit relativ unangenehm wirkend (60%) beurteilt, obwohl in der Fallgeschichte keine diesbezüglichen Angaben gemacht wurden. Dass seine Störung sehr wohl mit der Arbeit in Verbindung steht, wurde beschrieben. Mit dieser Antwort versuchten die Befragten zu zeigen, dass sie diesen Zusammenhang erkennen. Noch weit unangenehmer wurde die Wirkung an der Arbeit der dritten beschriebenen Person, dem Paranoiker, angenommen. Obwohl auch hier die Arbeitssituation in der Fallschilderung nicht erwähnt wurde, beurteilten ihn die Befragten mehrheitlich als an der Arbeit sehr unangenehm. Immerhin wurde erkannt, dass die Familie von diesem Verhalten besonders stark betroffen ist und so sind die Werte für die Familiensituation noch höher als hier. Auch hier ist die Varianzanalyse höchst signifikant.

Die drei Fallgeschichten wurden unterschiedlich beurteilt. Ergebnis der Varianzanalyse: ($N = 137$, $p = 0.000$, $\text{Chi-Q.} = 146.937$, $df = 2$)

Die Untersuchung der Einzelvergleiche mit dem WILCOXON-Test zeigte folgende signifikante Ergebnisse:

$G_1 : G_2$ $N = 138$, $Z = -9.050$, $p = 0.000$

$G_1 : G_3$ $N = 138$, $Z = -8.010$, $p = 0.000$

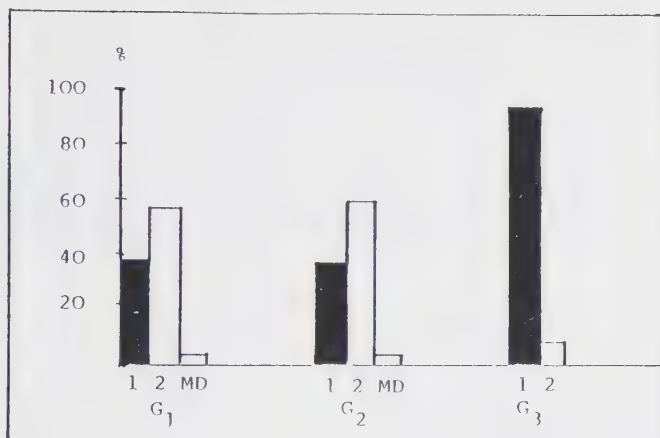
$G_2 : G_3$ $N = 139$, $Z = -10.056$, $p = 0.000$

4. Fällt sie in der Familie auf?

		G_1		G_2		G_3	
1	fällt auf	54	38,8%	53	38,1%	129	92,8%
2	fällt nicht auf	77	55,4%	82	59 %	10	7,2%
	MD	8	5,8%	4	2,8%	-	-
	Total	139	100%	139	100%	139	100%
=====							
	$\bar{x}$	1,59		1,60		1,07	
	M	1,64		1,67		1,04	

Tab. 49

Auffallen in Familie



Tab 49a

Die beiden ersten Fallgeschichten werden ziemlich übereinstimmend beurteilt, und zwar überwiegend als nicht auffällig in der Familie. Dies überrascht, denn früher wurden die Personen als leidend beurteilt. Es mag sein, dass die Befragten annehmen, dass sich die Familie an den Zustand bereits gewöhnt hat oder aber, dass die Person mit den Familienmitgliedern nicht über das Leiden spricht und dass sie deshalb nicht auffällt.

Die dritte Person fällt auf. Prüfstatistisch unterscheidet sich die Beurteilung der dritten von den beiden andern Personen signifikant.

$$G_1 : G_3 = N = 131, Z = 6.722, p = 0.000$$

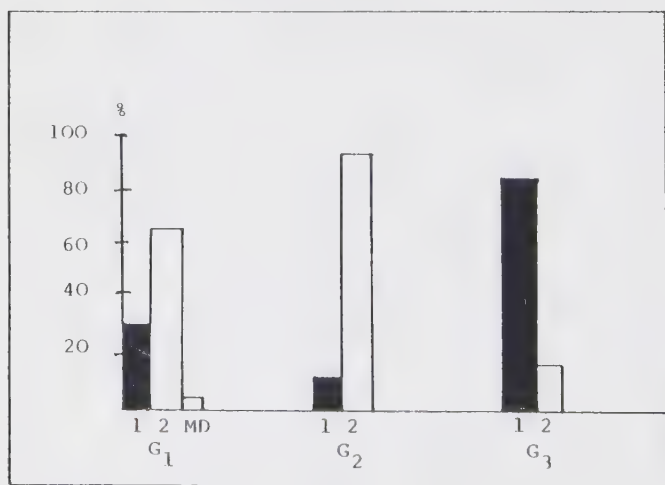
$$G_2 : G_3 = N = 135, Z = -7.273, p = 0.000$$

5. Fällt sie an der Arbeit auf?

	G ₁		G ₂		G ₃	
1 fällt auf	44	31,7%	16	11,5%	116	83,5%
2 fällt nicht auf	91	65,5%	120	86,3%	22	15,8%
MD	4	2,9%	3	2,1%	1	0,7%
Total	139	100%	139	100%	139	100%
=====						
$\bar{x}$	1,67		1,88		1,16	
M	1,75		1,93		1,09	

Tab. 50

Auffallen Arbeit



Tab. 50a

Am wenigsten fällt unseren Probanden die zweite Person an der Arbeit auf, gefolgt von der ersten und zuletzt von der dritten. Wiederum gilt die erste Person als auffällig für über 30%, obwohl keine Informationen darüber gegeben wurden. Es ist unklar, ob hier ein difuser Zusammenhang sichtbar gemacht werden soll,

oder ob Erfahrungen unserer Probanden dahin gehen, dass Personen, welche in der Arbeit derart unter Druck stehen, dass sie unter diesem zu leiden beginnen, an der Arbeit unangenehm auffallen. Theoretisch könnte es durchaus so sein, dass gerade solche Personen eher dazu neigen, alles in sich hineinzufressen und so kaum speziell auffallen.

Auch in diesem Bereich werden die drei Personen signifikant unterschiedlich beurteilt ($N = 133$, $p = 0.000$, $\text{Chi-Q.} = 82.928$)

Resultate der Einzelvergleiche:

$$G_1 : G_2 = N=133, Z = -3.586, p = 0.000$$

$$G_1 : G_3 = N=134, Z = -6.744, p = 0.000$$

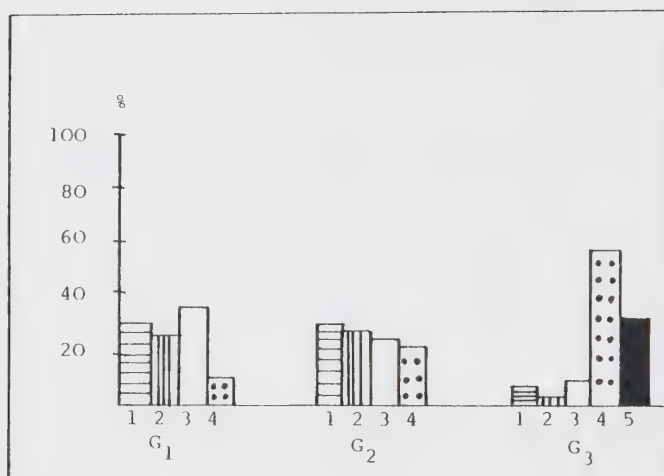
$$G_2 : G_3 = N=136, Z = -8.424, p = 0.000$$

6. Ist diese Person normal?

		G ₁		G ₂		G ₃	
1	normal	41	29,5%	40	29,8%	7	5 %
2	eher Normal	36	25,9%	35	25,2%	2	1,4%
3	weder/noch	46	33,1%	33	23,7%	11	7,9%
4	eher abnormal	13	9,4%	28	20,1%	75	54 %
5	abnormal	1	0,7%	1	0,7%	42	30,2%
	MD	2	1,4%	2	1,4%	2	1,4%
	Total	139	100%	139	100%	139	100%
	$\bar{x}$	2,25		2,38		4,04	
	M	2,26		2,31		4,15	

Tab. 51

Normal?



Tab. 51a

Die Frage nach der Normalität bereitete einige Schwierigkeiten. So mochten sich in der ersten Fallgeschichte ein Drittel der Befragten nicht entscheiden, ob die Person normal oder abnormal sei. Ueber die Hälfte fand sie aber normal, wenngleich auch nur 30% ohne Einschränkung. Eindeutig abnormal wurde sie nur gerade von 10 Personen beurteilt. Ebenso wenig klare Aussagen wurden für die zweite Fallgeschichte gemacht. Das Gewicht verlagerte sich etwas in Richtung abnormal. Ganz eindeutig in diese Richtung weist auch das Ergebnis für die dritte Fallgeschichte. Hier gab es auch merklich weniger Unsicherheiten. Dass nur 30% eindeutig die Bezeichnung abnormal wählten, mag erstaunen. Möglicherweise ist der negativwertende Beigeschmack dieser Bezeichnung dafür verantwortlich; eine Scheu, das zwar eindeutig Erkannte in Sprache umzusetzen und dies mitzuteilen.

Auch hier ist die Varianzanalyse signifikant ($N = 134$, $p = 0.000$, $\text{Chi-Q.} = 139,175$, $df = 2$).

In der Untersuchung der Einzelvergleiche zeigten sich die zwei folgenden signifikanten Ergebnisse:

$G_1 : G_3 \quad N = 135, \quad Z = -9.923, \quad p = 0.000$

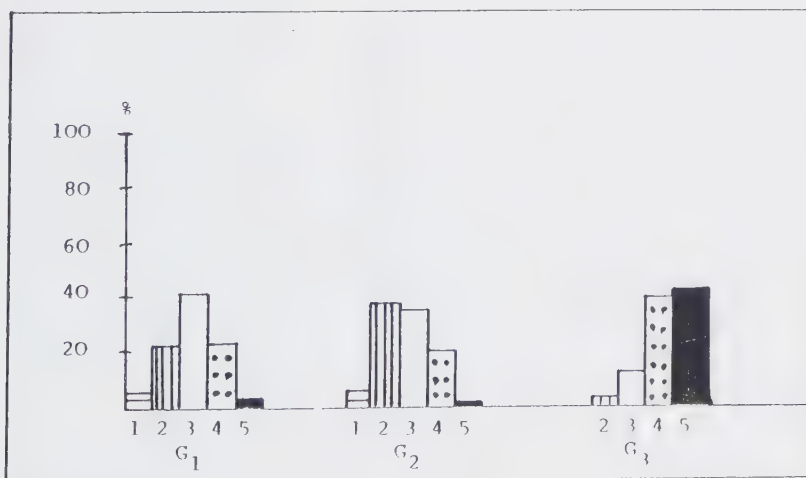
$G_2 : G_3 \quad N = 136, \quad Z = -9.145, \quad p = 0.000$

7. Ist die Person vernünftig?

	G_1		G_2		G_3	
1 sehr vern.	8	5,8%	8	5,8%	0	
2 eher vern.	32	23 %	49	35,3%	2	1,4%
3 weder/noch	57	41 %	45	32,4%	16	11,5%
4 eher unvern.	33	23,7%	27	19,4%	56	40,3%
5 sehr unvern.	3	2,2%	2	1,4%	56	40,3%
MD	6	4,3%	8	5,8%	9	6,5%
Total	139	100%	139	100%	139	100%
$\bar{x}$	2,93		2,74		4,28	
M	2,96		2,69		4,34	

Tab. 52

Vernünftig?



Tab. 52a

Auch bei der Frage nach der Vernunft der beschriebenen Person in der ersten Fallgeschichte mögen sich viele Probanden nicht entscheiden (über 40%). Etwa gleich viele finden ihn vernünftig wie ihn unvernünftig finden. Diese ist wohl die am wenigsten "griffige" Frage, sie hat die Probanden deutlich verunsichert. Auch bei der zweiten Person mochte sich über ein Drittel der Befragten nicht festlegen. Ebenso gleichmässig sind die übrigen Werte verteilt, wenngleich das Gewicht doch etwas in Richtung vernünftig verlagert ist. Deutlich anders sieht es für die dritte Fallgeschichte aus. Der Paranoiker gilt als deutlich unvernünftig. Die Unsicherheit in der Beurteilung nimmt ab.

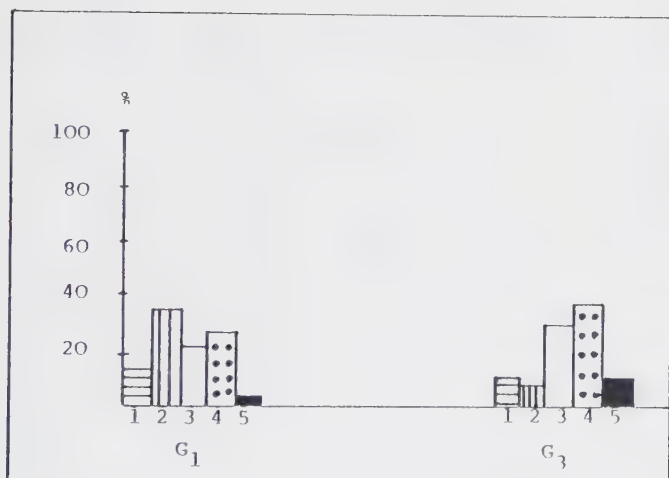
In der Untersuchung der Einzelvergleiche zeigt der WILCOXON-Test nur ein signifikantes Ergebnis für den Unterschied der Fallgeschichte 1 gegenüber der Fallgeschichte 3 ($N = 135$, $Z = -0.897$, $p = 0.000$) und G_2 gegenüber G_3 ($N = 136$, $Z = -9.323$, $p = 0.000$).

8. Ist die Person körperlich gesund?

körperlich	G_1		G_3	
1 deutlich krank	14	10,1%	13	9,4%
2 leicht krank	52	37,4%	12	8,6%
3 weder/noch	30	21,6%	42	30,2%
4 eher gesund	37	26,6%	51	36,7%
5 sehr gesund	3	2,2%	14	10,1%
MD	3	2,2%	7	5 %
Total	139	100%	139	100%
	=====			
$\bar{x}$	2,73		3,31	
M	2,57		3,48	

Tab. 53

8. Körperliche Gesundheit



Tab. 53a

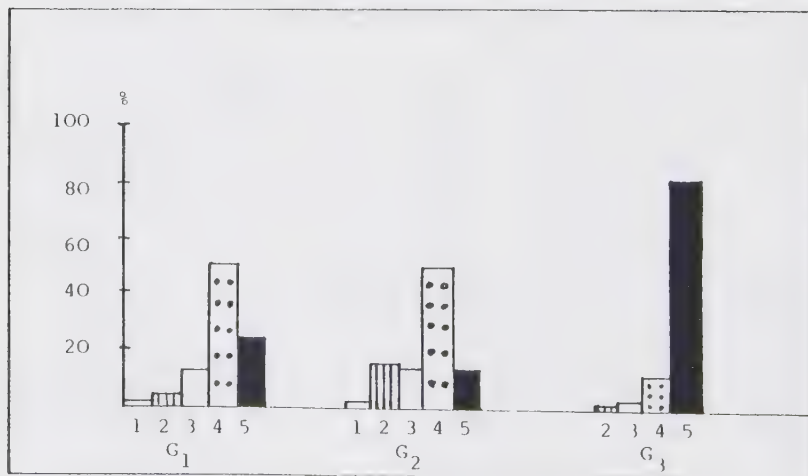
Die Frage nach der körperlichen Gesundheit wurde nur für die erste und die dritte Fallgschichte gestellt. Für die erste Person, den Psychosomatiker, wurde eine körperliche Krankheit recht häufig angenommen, ein Fünftel mochte sich nicht entscheiden. Nur Vereinzelte fanden ihn eindeutig körperlich gesund. Dagegen wurde die dritte beschriebene Person, der Paranoiker insgesamt viel deutlicher als körperlich gesund beurteilt. 10% der Befragten fanden ihn körperlich sehr gesund, ebensoviele eindeutig körperlich krank. In den dazwischen liegenden Werten wurde er deutlich häufiger eher gesund bezeichnet als leicht krank. Dies belegt auch der WILCOXON-Test ($N = 130$, $Z = -3.241$, $p = 0.000$) Der Paranoiker erschien unseren Probanden körperlich deutlich gesünder als der Psychosomatiker.

9. Ist die Person seelisch gesund?

seelisch	G ₁		G ₂		G ₃	
1 sehr gesund	3	2,2%	2	1,4%	-	
2 eher gesund	8	5,8%	23	16,5%	1	0,7%
3 weder/noch	19	13,7%	21	15,1%	2	1,4%
4 leicht krank	72	51,8%	72	51,8%	20	14,4%
5 deutlich krank	36	25,9%	21	15,1%	116	83,5%
MD	1	0,7%	-		-	
Total	139	100%	139	100%	139	100%
=====						
$\bar{x}$	3,94		3,63		4,80	
M	4,04		3,83		4,90	

Tab 54

Seelische Gesundheit



Tab. 54a

Die Frage nach der seelischen Gesundheit zeigte für die erste beschriebene Person, dass nur wenige Befragte diese als seelisch gesund bezeichnen. Das Hauptgewicht liegt bei der Bezeichnung seelisch leicht krank. Immerhin beurteilt ein Viertel die Person als seelisch deutlich krank. Zwar liegt auch bei der zweiten beschriebenen Person das Schwergewicht bei der Bezeichnung seelisch leicht krank, aber deutlich weniger beurteilen sie seelisch deutlich krank. Dafür sind es mehr, die sie eher seelisch gesund finden. Die Zahl der Unentschiedenen ist hier am grössten. Ein ganz klares Urteil machen sich die Befragten über den Paranoiker. Er gilt als seelisch krank, und zwar zumeist als deutlich krank. Die Unterschiedlichkeit der Beurteilung wird auch durch die Varianzanalyse bestätigt ($N = 138$, $\text{Chi-Q.} = 98,851$, $\text{df} = 2$, $p = 0.000$).

In der 1-faktoriellen Untersuchung der Einzelvergleiche ergaben sich ausschliesslich hochsignifikante Ergebnisse:

$$G_1 : G_2 \quad N = 138, \quad z = -3.241, \quad p = 0.001$$

$$G_1 : G_3 \quad N = 138, \quad z = -7.774, \quad p = 0.000$$

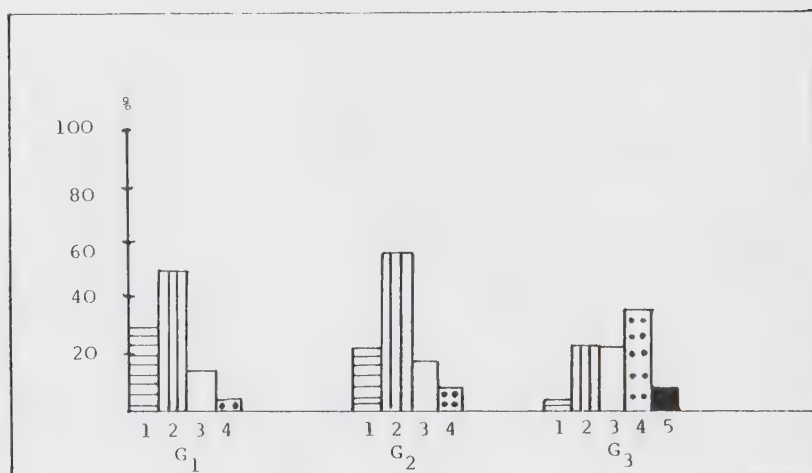
$$G_2 : G_3 \quad N = 139, \quad z = -8.652, \quad p = 0.000$$

10. Häufigkeit der beschriebenen Lebensumstände

	G ₁		G ₂		G ₃	
1 sehr häufig	45	32,4%	30	21,6%	3	2,2%
2 häufig	70	50,4%	75	54 %	32	23 %
3 weder/noch	18	12,9%	21	15,1%	33	23,7%
4 selten	3	2,2%	11	7,9%	53	38,1%
5 sehr selten	-	-	-	-	12	8,6%
MD	3	2,2%	2	1,4%	6	4,3%
Total	139	100%	139	100%	139	100%
$\bar{x}$	1,85		2,09		3,30	
M	1,83		2,01		3,45	

Tab. 55

Häufigkeit



Tab. 55a

Ein bemerkenswertes Ergebnis bringt die Frage nach der Häufigkeit der beschriebenen Lebensumstände. Nur wenige der Befragten finden, dass die beiden ersten beschriebenen Fälle selten vorkommen. Der Grossteil meint, dass diese häufig vorkommen; ein Drittel, dass solches, wie es in der ersten Fallgeschichte beschrieben wurde, gar sehr häufig sei. Etwas weniger nur meinen dasselbe von der zweiten beschriebenen Fallgeschichte. Sind es hier über drei Viertel der Befragten, die angeben, dies sei häufig, so gilt dies in deutlich geringerem Ausmass für die dritte Fallgeschichte. Immerhin ist es auch hier noch ein Viertel der Befragten, die angeben, dies komme häufig vor. Dies scheint eine Ueberschätzung zu sein, welche relativiert wird durch die Zahlreichen, welche das Vorkommen als selten beurteilen.

Das Ergebnis der Varianzanalyse ist signifikant ($N = 129$, $\chi^2 = 119.271$, $df = 2$, $p = 0.000$).

In der 1-faktoriellen Untersuchung der Einzelvergleiche zeigt der WILCOXON-Test folgende Resultate:

$G_1 : G_2$ $N = 134$, $Z = -2.928$, $p = 0.003$

$G_1 : G_3$ $N = 131$, $Z = -9.030$, $p = 0.000$

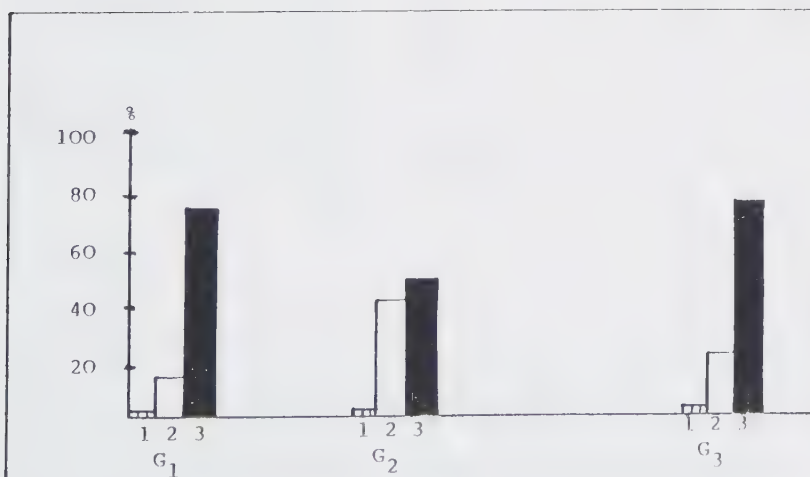
$G_2 : G_3$ $N = 131$, $Z = -8.241$, $p = 0.000$

11. Wie geht es in einem Jahr ohne Behandlung?

		G_1		G_2		G_3	
1	besser	1	0,7%	2	1,4%	1	0,7%
2	gleich	20	14,4%	56	40,3%	29	20,9%
3	schlechter	104	74,8%	66	47,5%	106	76,3%
MD		14	10,1%	15	10,8%	3	2,2%
Total		139	100%	139	100%	139	100%
		=====					
$\bar{x}$		2,82		2,52		2,77	
M		2,89		2,56		2,86	

Tab. 56

Prognose ohne Behandlung



Tab. 56a

Die Prognose wird für alle drei Personen schlecht beurteilt. Dies am wenigsten für die zweite, während die erste für einmal schlechter beurteilt wird als die dritte. Diese beiden liegen aber nahe beisammen. Die erwähnten Unterschiede kommen aber nur zustande, weil der Anteil der Antwort "gleich" verschieden ist. Eine Besserung ohne irgendeine Behandlung wird für alle drei Fallgeschichten nicht angenommen.

Der WILCOXON-Test zeigt Unterschiede zwischen der 2. und der 1. Fallgeschichte ($N = 113$, Z -Wert: -8.241 , $p = 0.000$) und zwischen der 2. und der 3. Fallgeschichte ($N = 123$, $Z = -1.468$, $p = 0.000$). Die Beurteilung der Prognose ohne Behandlung zwischen G_1 und G_3 unterscheiden sich nicht signifikant.

Bemerkenswert ist hier (genauso wie bei der Frage "Wie geht es in einem Jahr mit Behandlung?") die Verteilung der Missing Data (MD).

In der dritten Fallgeschichte ist die Zahl der fehlenden Antworten deutlich am kleinsten. Die Beurteilung der Prognose ist hier offensichtlich für unsere Probanden klarer als bei den andern beiden Fallgeschichten. Die Einschätzung der Situation bereitet in der dritten Fallgeschichte weniger Probleme und Unsicherheit.

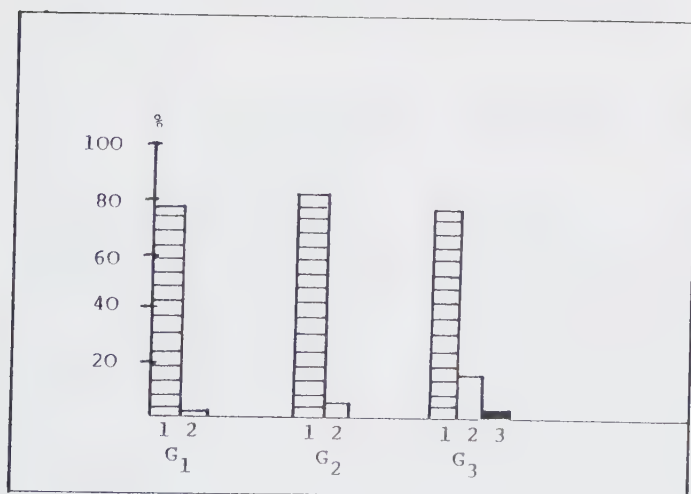
STUMME (1975) beschreibt, dass die Urteile über den Paranoiker am übereinstimmendsten waren. Mit dem obenstehenden Befund können wir zwar nicht die genau gleiche Aussage machen, aber tendenziell können wir festhalten, dass auch bei uns für die Beurteilung der Prognose (mit und ohne Behandlung) am wenigsten Unsicherheiten vorzuliegen scheinen.

12. Prognose mit Behandlung

		G_1		G_2		G_3	
1	besser	107	77,0%	112	80,6%	106	76,3%
2	gleich	2	1,4%	8	5,8%	21	15,1%
3	schlechter	0	-	0	-	1	0,7%
MD		30	21,6%	19	13,7%	11	7,9%
Total		139	100%	139	100%	139	100%
$\bar{x}$		1,02		1,07		1,18	
M		1,01		1,04		1,10	

Tab. 57

Prognose mit Behandlung



Tab. 57a

Auffällig gut wird die Prognose für alle Fallgeschichten, wenn die von den Befragten vorgeschlagenen Massnahmen durchgeführt werden. Die Einschätzung dieses Therapiepotentials ist unrealistisch hoch und wenig differenziert. Am besten ist die Prognose mit Behandlung für die zweite Fallgeschichte, gefolgt mit nur

kleinem Abstand von den beiden andern. Die Möglichkeit eines stationären Verlaufs wird für den Paranoiker doch noch ins Auge gefasst, weit mehr als für die zweite beschriebene Person. Dass der Verlauf trotz (oder wegen) einer Behandlung schlecht sein könnte, kommt für die Befragten nicht in Betracht. Hier handelt es sich sicherlich viel mehr um Hoffnungen als um Realitäten. Auch heute gilt noch die klinische Faustregel: ein Drittel der Patienten bleiben stationär, ein Drittel werden gebessert und ein Drittel verschlechtert sich. Trifft die erwähnte Hoffnung der Laien mit der therapeutischen Realität zusammen, so muss es zwangsweise zu kräftigen Enttäuschungen kommen.

Der WILCOXON-Test belegt die Unterschiede zur dritten Fallgeschichte. So ist er zwischen G_3 und G_1 signifikant ($N = 106$, $Z = 2.637$, $p = 0.000$) und zwischen G_3 und G_2 ($N = 111$, $Z = -2.953$, $p = 0.000$).

13.2.2. Zusammenfassung und Diskussion

Die Häufigkeitsunterschiede im Bereich Wahrnehmung der psychischen Störungen zeigen uns, dass die Befragten die Fallgeschichten sehr differenziert wahrnehmen und beurteilen. Dabei gilt die zweite ("Depression") meistens als am wenigsten gravierend, gefolgt von der ersten ("Psychosomatiker"). Mit grossem Abstand wird die dritte ("Paranoiker") als deutlich am schlimmsten beurteilt.

Die Frage nach der Normalität und der Vernunft bereiteten gewisse Schwierigkeiten. Es zeigte sich eine gewisse Scheu, die Bezeichnungen "abnormal" und "sehr unvernünftig" zu wählen. Dies nicht etwa, weil der Zustand falsch eingeschätzt wurde, sondern viel eher wegen des negativ-wertenden Anteils dieser Bezeichnungen.

Bemerkenswert ist sicher auch das geringe Auffallen der beiden ersten Personen in der Familie. Da werden Personen als leidend und für die Umgebung als unangenehm beurteilt und dennoch wird

angenommen, dass sie nicht auffallen. Wird hier angenommen, dass die beschriebene Person den Zustand verheimlicht oder, dass sich die Familien an den Zustand bereits (evtl. durch lange Jahre hindurch) daran gewöhnt hat? Kennt man die Kraft der Dynamik psychosomatischer und depressiver Prozesse, so ist man geneigt, an die zweite Möglichkeit zu glauben. Die Befragten kennen oder ahnen die Unbeeinflussbarkeit dieses Geschehens und ihre resignierende und/oder abwehrende Haltung schlägt sich derart nieder, dass sie das Verhalten als in der Familie nicht besonders auffällig beurteilen. In diese Richtung weisen auch Überlegungen in der Familiendynamik und -Therapie, welche den Patienten als Teil eines kranken Systems betrachtet.

Dass alle drei Personen als seelisch krank gelten, mag den erfreuen, der sich wünscht, dass in der Bevölkerung vermehrt der "psychiatric point of view" eingenommen wird. Es fragt sich aber, ob wir es hier nicht mit einem Artefakt zu tun haben, denn durch die briefliche Ankündigung des Interviews wurden die Befragten darauf aufmerksam gemacht, dass die Untersuchung von der Forschungsgruppe des Sozialpsychiatrischen Dienstes durchgeführt werde. Somit war ihnen in etwa die Position der Untersucher klar und die Antworten werden dadurch den angenommenen Erwartungen angepasst (Acquiescence). Wir können demnach nicht einfach annehmen, dass unsere Befragten in jeder Situation gleich reagieren werden, wie sie es im Interview getan haben. Immerhin steht ihnen aber das entsprechende Repertoire zur Verfügung; bei der Beurteilung des Verhaltens verschiedener Arten psychischer Störungen sind sie in der Lage, dieses zum Bereich seelische Krankheit zuzuordnen.

Auffälligstes Resultat ist die Beurteilung der Prognosen. Diese wird für den Fall, in welchem keine Behandlung durchgeführt wird, als sehr schlecht angenommen. Unsere Probanden scheinen von der EYSENK'schen Spontanremissionen nicht viel zu halten. Dieses Urteil scheint uns allzu negativ zu sein. Geradezu grotesk mutet im Gegensatz dazu die Beurteilung des Therapiepotentials der vorgeschlagenen Massnahmen an. In vier Fünftel der

Fälle wird der therapeutischen Massnahme eine Besserung zugeschrieben. Diese Rate kann kein Therapeut erreichen, es handelt sich hier um Hoffnungen, die nicht an der Realität geprüft worden sind. Zum selben Resultat gelangen auch SCHWAB et al. (1978). Sie erklären damit auch die zahlreichen Therapieabbrüche.

Im folgenden werden diese einzelnen Häufigkeiten inbezug auf unsere Variabeln untersucht und den entsprechenden statistischen Verfahren unterzogen.

13.2.3. Uebersicht über die Resultate der Varianzanalysen

Es zeigt sich, dass wir mit der Wahl der zu untersuchenden Variabeln und dabei insbesondere mit deren Wichtigkeit richtig liegen. Auch wenn die Zahl der gefundenen Unterschiede etwas kleiner als erwartet ist, d.h. die verschiedenen Bevölkerungsteile beurteilen psychische Störungen recht übereinstimmend, so sind gerade dort Unterschiede am häufigsten aufgetreten, wo wir sie auch am ehesten erwarteten. Zwar sind die Schichtunterschiede nicht so gross wie erwartet, sie gehören aber zu den häufigsten.

Demgegenüber ist der Faktor frühere Erfahrungen weniger bedeutsam, als angenommen. Ebenso wenige Auswirkungen hatte die Variation der Fallgeschichten: Die Arbeitsunfähigkeit, der Geschlechtsunterschied und die Gewalttätigkeit waren demnach nicht so wichtige Zusatzfaktoren, als dass sich ihretwegen die Beurteilung spürbar veränderte. Dies scheint uns das Ueberraschendste dieser Ergebnisse zu sein.

Im folgenden beschreiben wir die einzelnen Ergebnisse.

Übersichts- Tabelle

unabh. Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Befind- lichk.	Wirkg.a Familie	Wirkg.a Arbeit	Auffal. Familie	Auffal. Arbeit	Normali- tät	Vernünf- -tigk.	körperl Ges.	seel. Ges.	Häufig- keit	Progn. o/Beh.	Progn. m/Beh.
Schicht	G ₁ G ₂ G ₃	- x -				- 0.084,4% 0.034,3%			- x -	0.011,5% - -		- 0.013,2% -
Geschlecht	G ₁ G ₂ G ₃	- - W									W	
Alter	G ₁ G ₂ G ₃	0.000,7% - -	- x -				0.003,1% - 0.016,8%			- - 0.001,5%		
Konfession	G ₁ G ₂ G ₃	W - -	- - W				W					
Kirchgang- frequenz	G ₁ G ₂ G ₃		0.000,1% W -							W		
frühere Er- fahrungen	G ₁ G ₂ G ₃	- - W	- - W						- x -			

unabh. Variabel	1 Befind- lichk.	2 Wirkg.a Familie	3 Wirkg.a Arbeit	4 Auffal. Familie	5 Auffal. Arbeit	6 Normali- tät	7 Vernünf- tigk.	8 körperl. Ges.	9 seel. Ges.	10 Häufig- keit	11 Progn. o/Beh.	12 Progn. m/Beh.
Variation	G ₁ W	-			-	W	-					
G : G'	G ₂ -	-			-	-	-					
	G ₃ W, W	W, W			W, W	-	W	W			W	
Zivilstand	G ₁ 0.092,6%	-		0.000,5%			0.028,6%					
	G ₂ -	W		-			-					
	G ₃ -	0.000 11,4%		-			-					
Offenheit	G ₁ -				-	W	-				-	
	G ₂ -				-	-	-				0.0137%	
	G ₃ 0.034,2%			0.036,6%	W	-	W				-	
Schulbildung	G ₁			0.097,9%	0.099,5%							
	G ₂			-	-							
	G ₃			-	W							
Gesamt HF	3	2	0	3	1	3	3	0	0	2	1	1
W	5 W	7 W	0 W	0 W	4 W	2 W	3 W	0	2 W	2 W	2 W	0 W

Tab. 58

Legende: %-Zahl = erklärte Varianz

0.001 = p

W = Wechselwirkung mit Variation G'

x = Wechselwirkung mit anderem Item

HF = Hauptfaktor

1. Resultate zum Faktor Schichtzugehörigkeit

Item		n	DF	F	p	erkl.V
Normalität	G ₂	129	2	6,774	0,004	8,4 %
Normalität	G ₃	125	2	3,480	0,034	5,3 %
x seel. Gesundheit	G ₂	131	2	3,059	0,031	5 %
Häufigkeit	G ₁	124	1	6,698	0,011	5 %
Prognose m. Beh.	G ₂	120	2	4,499	0,013	7,2 %

Tab. 59

X vgl. Legende Tab. 58

Item 6: Normalität

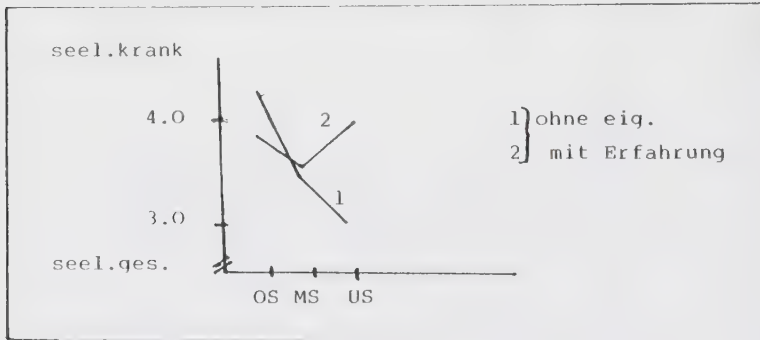
Die 2-faktorielle Varianzanalyse brachte ein signifikantes Resultat für den Hauptfaktor soziale Schichtzugehörigkeit ($N = 129$, $p = 0,004$, erkl. Varianz: 8,4%) in der zweiten Fallgeschichte. In der 1-faktoriellen Varianz zur Untersuchung von Kontrasten zeigt sich, dass sich folgende Schichten voneinander signifikant unterscheiden. Zwischen der oberen Schicht ($\bar{x} = 3,0$) und der mittleren Schicht ($\bar{x} = 2,4$) beträgt das $p = 0,047$; zwischen oberer Schicht und unterer Schicht ($\bar{x} = 2,1$) ist $p = 0,005$. - Die Angehörigen der oberen Schicht beurteilen die Normalität deutlich schlechter als die Angehörigen der übrigen Schichten.

Dieser Faktor ist auch in der Varianzanalyse für die dritte Fallgeschichte signifikant ($N = 125$, $p = 0,034$, erkl. Varianz: 5,3%). Die 1-faktorielle Kontrast-Untersuchung zeigt, dass sich die obere Schicht ($\bar{x} = 4,37$) deutlich von der mittleren Schicht ($\bar{x} = 3,79$) $p = 0,009$ unterscheidet, ebenso die mittlere Schicht von der unteren Schicht ($\bar{x} = 4,13$) $p = 0,023$, $N = 137$, erkl. Varianz 6,2%. Die Angehörigen der mittleren Schicht unterscheiden sich in bezug auf die Beurteilung der Normalität von den beiden andern Schichtgruppen, und zwar derart, dass die mittlere Schicht die Person als normaler beurteilt gegenüber den anderen Schichten.

Item 7: Seelische Gesundheit

In der zweiten Fallgeschichte ist die Wechselwirkung der Faktoren Schicht und eigene Erfahrungen in der 2-faktoriellen Varianzanalyse signifikant ($N = 131$, $p = 0.031$, erkl. Varianz: 5,0%). In Graphik 1 ist der Zusammenhang aufgeführt.

Graphik 1:



Nur in der unteren Schicht ist der Unterschied der Beurteilung des seelischen Gesundheit zwischen den Probanden, die selber Erfahrung mit psychischen Störungen haben, und jenen, die keine solche Erfahrungen haben, auffällig gross.

Item 8: Häufigkeit

Die 2-faktorielle Varianz brachte einen signifikanten Schichtunterschied bei der Beurteilung der ersten Fallgeschichte zutage ($N = 124$, $p = 0.011$, erkl. Varianz: 5%).

Die 1-faktorielle Varianz zur Berechnung von Kontrasten zeigt einen Unterschied zwischen der oberen Schicht und der unteren Schicht ($p = 0.023$) und zwischen der mittleren Schicht und der unteren Schicht ($p = 0.048$). Die Mittelwerte nehmen von der oberen Schicht ($\bar{x} = 2.11$) zu der mittleren Schicht ($\bar{x} = 1.96$) zu der unteren Schicht ($\bar{x} = 1.63$) ab ($N = 136$, erkl. Varianz: 5,0%).

Der Unterschied zwischen oberer Schicht und mittlerer Schicht ist statistisch unbedeutend. - Die Angehörigen der unteren Schicht sind also mehr als die Angehörigen der oberen Schicht und der mittleren Schicht der Meinung, dass die hier beschriebenen Lebensumstände häufig vorkommen.

Item 10: Prognose mit Behandlung

In den Varianzanalysen zur zweiten Fallgeschichte wurde der Hauptfaktor Schichtzugehörigkeit für das Item Prognose mit Behandlung signifikant ($N = 120$, $p = 0.013$, erkl. Varianz: 7,2%).

In der 1-faktoriellen Varianzanalyse zur Berechnung von Kontrasten zeigt sich, dass sich einzig die mittlere Mittelschicht ($\bar{x} = 1,0$) von der unteren Schicht ($\bar{x} = 1,1$) signifikant unterscheidet: $p = 0.03$, $N = 120$.

Angehörige der mittleren Schicht beurteilen die Prognose mit Behandlung etwas besser als die Angehörigen der unteren Schicht.

Zusammenfassung und Diskussion

Bei einigen Items (5) finden wir Schichtunterschiede. Am bemerkenswertesten ist das Item Normalität. In den Fallgeschichten G_2 und G_3 beurteilen die Angehörigen der oberen Schicht die Normalität der beschriebenen Person deutlich geringer als die andern. Bei den Angehörigen der andern sozialen Schichten ist der Befund uneinheitlich. - In der oberen Schicht sind die Ansichten über das, was als normal gilt am klarsten, sie sind auch am ehesten bereit, ein Verhalten als abnormal zu bezeichnen. Diese Feststellung stimmt überein mit DOHRENWEND (1967), der den Verzicht der Anwendung des Begriffs "abnormal" als Toleranz gegenüber psychischen Störungen versteht und diesen in den unteren Schichten vermehrt feststellt.

Interessant ist der Schichtunterschied beim Item Häufigkeit. Angehörige der unteren Schichten nehmen deutlich mehr psychische Störungen an, als die übrigen. Dies kann als Bestätigung dafür betrachtet werden, dass sie vermehrt in Kontakt zu psychisch Gestörten kommen als die andern, weil in ihrer sozialen Umge-

bung vermehrt psychische Störungen auftreten.

Ebenso "realitätsgerecht" ist die Beurteilung der Prognose mit Behandlung. Diese ist für die Mittelschicht besser (vgl. 1.2. Schicht und Behandlung) und dies wird auch so wahrgenommen.

2. Resultate zum Faktor Geschlecht (des Befragten)

Geschlecht	N	DF	F	p	erkl.V.
W Befindlichkeit G_3	127	1	8,050	0.005	6 %
W Prognose o. Beh. G_3	124	1	6,489	0.012	5.1%

Tab. 60

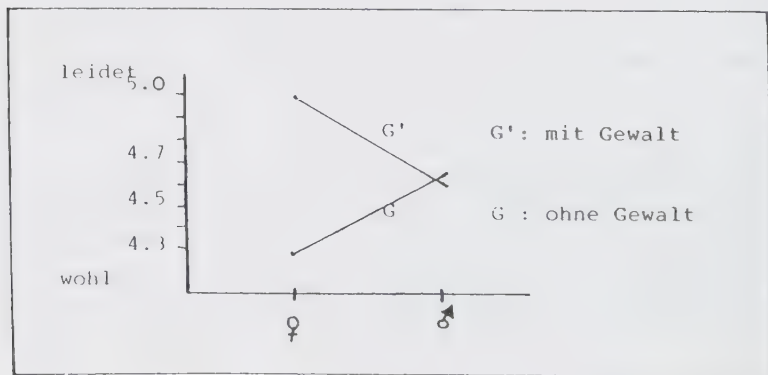
W vgl. Legende Tab. 58

Item 1: Befindlichkeit

In den 2-faktoriellen Varianzanalysen der dritten Fallgeschichte ergibt sich für die Variable "Wie fühlt sich die Person?" ein signifikanter Effekt bei der Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Variation der Fallgeschichte (Gewalttätigkeit). $N = 127$, $p = 0.0005$, erklärte Varianz: 6%).

Die Wechselwirkung kommt dadurch zustande, dass Frauen zwischen Variante G und G' klar unterscheiden, Männer hingegen nicht. Frauen beurteilen die Befindlichkeit der beschriebenen Person, die Gewalt anwendet, eindeutig als schlechter.

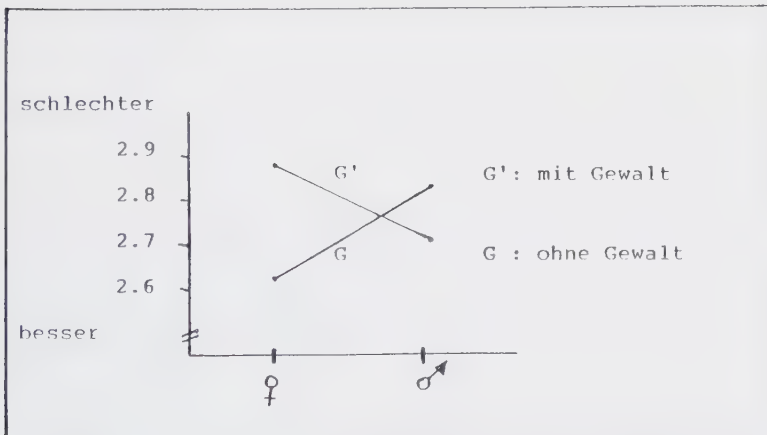
Graphik 2:



Item 11: Prognose ohne Behandlung

Auch hier wird in der 2-faktoriellen Varianzanalyse die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Variation der Geschichte 3 signifikant ($N = 124$, $p = 0.012$, erkl. Varianz: 5,1%). Der Zusammenhang wird in Graphik 3 verdeutlicht. Frauen machen bei der Beurteilung einen grösseren Unterschied zwischen den Variationen der Fallgeschichten als Männer. Sie beurteilen die Prognose des Falles mit Gewalttätigkeit schlechter als jene des Falles ohne Gewalt. Umgekehrt ist das bei den Männern, die für die Person, die keine Gewalt anwendet, eine bessere Verlaufsprognose stellen.

Graphik 3:



Insgesamt unterscheiden sich die Urteile von Männern und von Frauen nur unbedeutend voneinander. Es erstaunt bei diesem an sich etwas überraschenden Sachverhalt nur wenig, dass Unterschiede dann feststellbar sind, wenn das Verhalten als gewalttätig beschrieben wird. Dieses wird von Frauen als gravierender beurteilt als von Männern.

3. Resultate zum Faktor Alter

	Alter	N	DF	F	p	erkl. V.
	Befindlichkeit G ₁	127	2	11.510	0.000	15,7%
X	Wirkung Familie G ₂	139	4	1.502	0.018	8,6%
	Normalität G ₃	125	2	7.450	0.001	10,6%
	Vernunft G ₁	139	2	6.236	0.003	10 %
	Vernunft G ₃	118	2	4.273	0.016	6,8%
	Häufigkeit G ₃	121	2	7.580	0.001	11,5%

Tab. 61

Item 1: Befindlichkeit

In der Varianzanalyse für die 1. Fallgeschichte unterscheiden sich die 3 Alterskategorien hochsignifikant voneinander ($p = 0.000$, $F = 11.510$). Die erklärte Varianz beträgt für Alter 15,7%. - Als Tendenz lässt sich festhalten, dass die Befindlichkeit um so weniger beeinträchtigt beurteilt wird, je älter die Befragten waren ($\bar{x}_1 = 4.58$, $\bar{x}_2 = 4.41$, $\bar{x}_3 = 3.92$). Die Berechnung von Kontrasten in einer 1-faktoriellen Varianzanalyse ergab, dass sich Altersklasse 1 (20 - 33 Jahre) von der 3. (47 - 60 Jahre), sowie von der 2. (34 - 46 Jahre) signifikant unterscheidet $p = 0.000$ und 0.003 . Die Altersklassen 1 und 2 unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

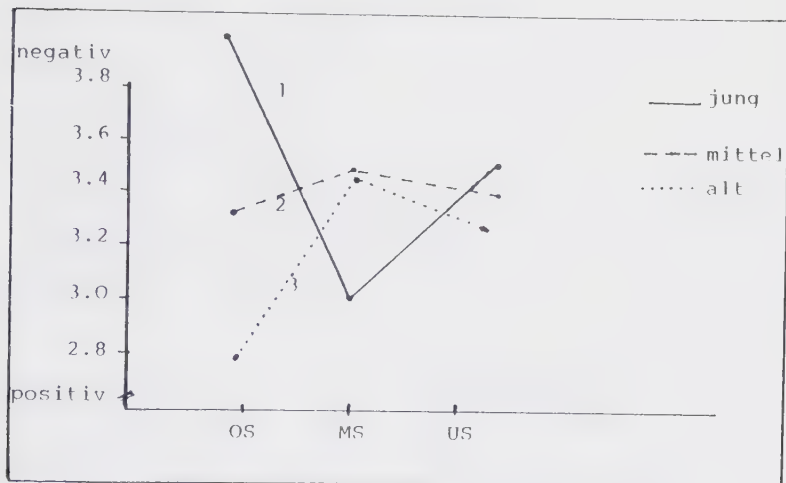
Item 2: Wirkung auf die Familie

Die 2-faktorielle Varianzanalyse für die 2. Fallgeschichte brachte ein signifikantes Resultat für die Wechselwirkung zwischen Schichtzugehörigkeit und Alter ($N = 139$, $p = 0.018$, erkl. Varianz: 8,6%). Der Zusammenhang ist in Graphik 4 dargestellt.

Die Angehörigen der unteren Schicht beurteilen die Wirkung in allen Altersgruppen etwa gleich. Bei den Mittelschichtsangehörigen beurteilen die Jungen die Wirkung angenehmer als die Mittleren und die Alten. In der Oberschicht sind die Unterschiede am grössten. Hier beurteilen die Alten die beschrie-

bene Person als für die Familie am angenehmsten, gefolgt von den Mittleren, während die Jungen die Person als am unangenehmsten beurteilen (N = 2!).

Graphik 4:



Die Bedeutung des Resultates ist eingeschränkt durch die kleine Zahl der Jungen in OS, es sind bloss 2.

Item 7: Vernunft

Hier brachte die 2-faktorielle Varianzanalyse für die erste Fallgeschichte ein signifikantes Ergebnis für den Hauptfaktor Alter (N = 139, $p = 0.003$, erkl. Varianz 10%). Die Jungen beurteilen die Vernunft der beschriebenen Person grösser ($\bar{x} = 3.34$) als die Mittleren und die Alten ($\bar{x} = 2.74$, bzw. 2.76).

Die Berechnung von Kontrasten in 1-faktorieller Varianzanalyse zeigt, dass sich die Altersklassen 1 und 2 und ebenso 1 und 3 signifikant voneinander unterscheiden ($p = 0.002$ und 0.001). Die Mittleren und die Alten unterscheiden sich nicht.

Auch in der 3. Fallgeschichte brachte die 2-faktorielle Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis für den Hauptfaktor Alter (N = 118, $p = 0.016$, erkl. Varianz: 6,8%).

In der 1-faktoriellen Untersuchung der Kontraste zeigt sich, dass sich einzig die Jungen ($\bar{x} = 4.05$) gegenüber den Alten signifikant voneinander unterscheiden ($\bar{x} = 4.53$) $p = 0.005$. Die Alten beurteilen die Person als weniger vernünftig als die Jungen.

Item 8: Häufigkeit der beschriebenen Lebensumstände

Die 2-faktorielle Varianzanalyse zeigte für den Faktor Alter ein signifikantes Ergebnis ($N = 121$, $p = 0.001$, erkl. Varianz: 11,5%) in der 3. Fallgeschichte. Die 1-faktorielle Varianzanalyse zur Untersuchung der Kontraste zeigt, dass sich die Alten ($\bar{x} = 3.05$) sowohl von den Mittleren ($\bar{x} = 3.70$) $p = 0.013$ als auch von den Jungen ($\bar{x} = 2.92$) signifikant unterscheiden, $p = 0.001$. - Die "Mittelalterlichen" schätzen die Häufigkeit der beschriebenen Störungen am tiefsten ein, gefolgt von den Alten und den Jungen.

Zusammenfassung und Diskussion

Der Faktor Alter ist der deutlich ergiebigste. Aber nicht immer sind die Befunde einheitlich.

Für die erste Fallgeschichte zeigt sich, dass die Alten das Befinden positiver beurteilen als die übrigen. Widersprüchliches sieht man in der 2. Fallgeschichte beim Item "Wirkung auf die Familie". Klarer sieht das Urteil über die Vernunft aus. Junge beurteilen in der ersten und in der dritten Fallgeschichte die Vernunft der beschriebenen Person einheitlich grösser als die übrigen. Sie sehen im beschriebenen Problem weniger eine Frage des Verstandes.

Dass die Mittleren die Häufigkeit tiefer einschätzen als die Alten und die Jungen erstaunt ein wenig. Vielleicht sind sie derart mit der Erfüllung ihrer Lebensaufgaben beschäftigt, dass die Realitätsauffassung etwas in Mitleidenschaft gerät und mögliche Schwierigkeiten bagatellisiert werden.

4. Resultate für den Faktor Konfession

	Item		N	DF	F	p	erkl. v.
W	Befindlichkeit	G ₁	121	2	3,879	0.023	6,2%
W	Wirkung Fam.	G ₃	121	2	3,807	0.025	15 %
W	Vernunft	G ₃	112	2	4,658	0.012	7,8%

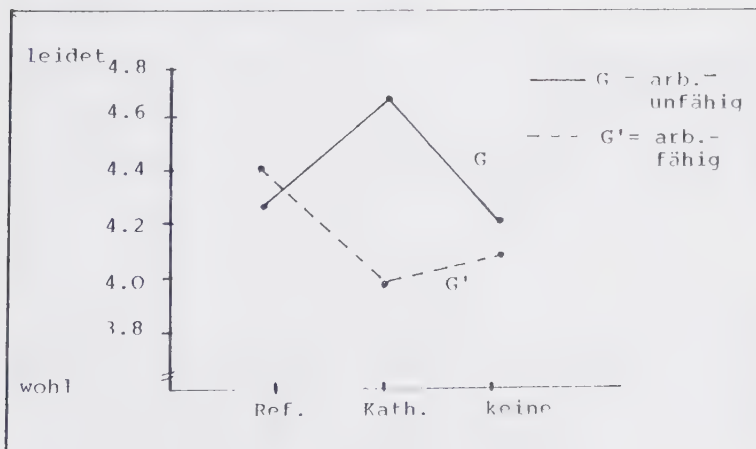
Tab. 62

Item 1: Befindlichkeit

In der ersten Fallgeschichte bringt die Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung der Faktoren Konfession und Variation der Fallgeschichte, in dieser Fallgeschichte betrifft es die Arbeitsunfähigkeit ($N = 121$, $p = 0.023$, erkl. Varianz: 6,2%).

Die Wechselwirkung kommt offensichtlich dadurch zustande, dass die Katholiken als einzige Konfessionsgruppe zwischen den Variationen G und G' unterscheiden, die Fallgeschichte G (Arbeitsunfähigkeit) wird von ihnen in bezug auf die Befindlichkeit negativer beurteilt ($\bar{x} = 4.62$) als die Fallgeschichte G' (keine Arbeitsunfähigkeit) ($\bar{x} = 3.93$).

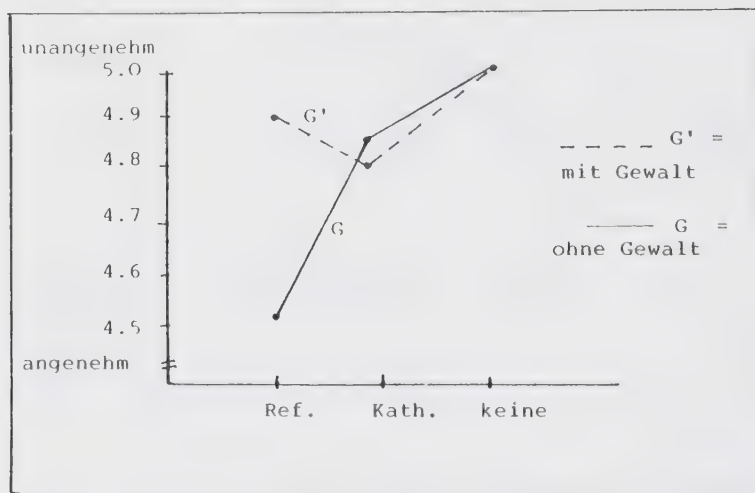
Graphik 5:



Item 2: Wirkung auf die Familie

In der dritten Fallgeschichte brachte die Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung der Faktoren Konfession und Variation der Fallgeschichte, hier Gewalttätigkeit ($N = 121$, $p = 0.025$, erkl. Varianz: 15%). Der Zusammenhang ist in Graphik 6 dargestellt.

Graphik 6:

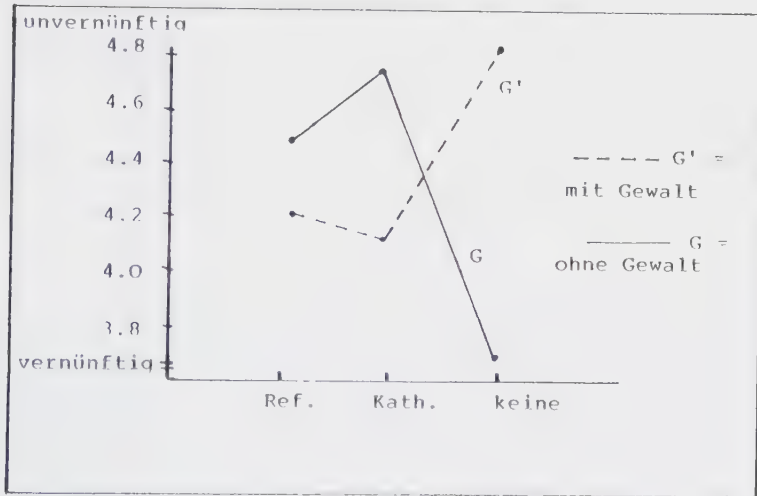


Während die Konfessionslosen und die Katholiken die beiden Fallgeschichten kaum unterschiedlich beurteilen, so machen die Reformierten einen klaren Unterschied in der Beurteilung der Wirkung des Verhaltens auf die Familie: die Gewalttätige wird als deutlich unangenehmer für die Familie beurteilt als die Nicht-Gewalttätige.

Item 6: Vernunft

In der 2-faktoriellen Varianzanalyse zeigt sich, dass die Wechselwirkung zwischen Variation der Fallgeschichte und Konfession signifikant wird. ($N = 112$, $p = 0.012$, erkl. Varianz: 7,8%) für die 3. Fallgeschichte. Der Zusammenhang ist in Graphik 7 dargestellt.

Graphik 7:



Die Variation der Geschichte (Gewalttätigkeit) ist einzig für die Gruppe der konfessionslosen wesentlich. Sie beurteilen die Person ohne Gewalttätigkeit als bedeutend vernünftiger als die Person mit Gewalttätigkeit. Für die übrigen (Reformierte und Katholiken) ist der Faktor Gewalttätigkeit weniger bedeutsam.

Zusammenfassung und Diskussion

Was den Katholiken die Arbeitsunfähigkeit, das ist bei den Reformierten die Gewalttätigkeit. Diese Faktoren sind für ihre Beurteilungen wesentlich. Bei den Konfessionslosen zeigt sich entsprechendes zu den Reformierten: die Gewalttätigkeit hat

ihre Wirkung auf die Beurteilung der Vernunft. Das spezifische Verhältnis der christlichen Kultur zu Arbeit und Aggression lässt sich hier erahnen. Interessanterweise sind ihre Spuren auch bei den Konfessionslosen noch spürbar. Dass diese eher aus dem protestantischen Einflussbereich stammen, erstaunt wenig, da sich die Konfessionslosen wohl vermehrt aus Ex-Protestanten rekrutieren.

5. Ergebnisse zum Faktor Kirchengangfrequenz

Kirchengangfrequenz	N	DF	F	p	erkl. V.
Wirkung Fam. G ₁	123	2	8,672	0.000	12,8%
W Wirkung Fam. C ₂	137	2	5,009	0.008	10,1%
W Häufigkeit G ₃	119	2	4,947	0.009	7,6%

Tab. 63

Item 2: Wirkung auf die Familie

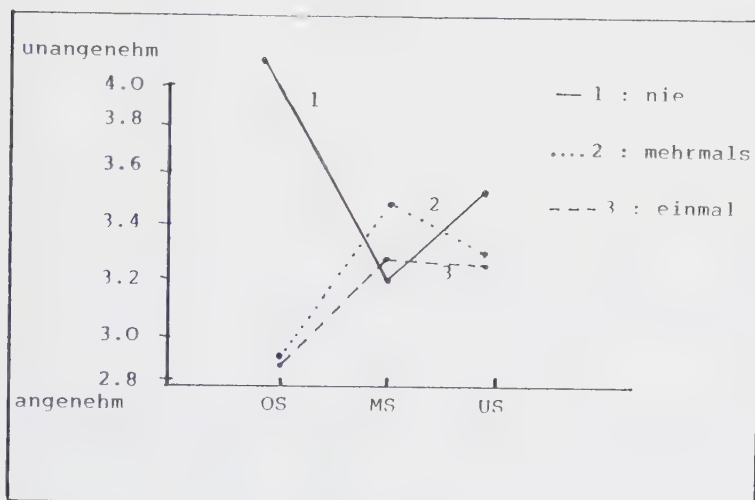
In der 2-faktoriellen Varianzanalyse wurde der Faktor Kirchengangfrequenz signifikant ($N = 123$, $p = 0.000$, erkl. Varianz: 12,8%) für die erste Fallgeschichte.

In der 1-faktoriellen Varianzanalyse zur Berechnung von Kontrasten ($N = 135$, $p = 0.003$ erkl. Varianz: 11,6%) ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen häufigem Kirchengang ($\bar{x} = 3,865$) und seltenem Kirchengang ($\bar{x} = 3,444$) $p = 0.011$, sowie zwischen seltenem und gar keinem Kirchengang ($\bar{x} = 4,085$). - Leute, die häufig in die Kirche gehen oder solche, die nie gehen, schätzen die Wirkung auf die Familie negativer ein als diejenigen, die pro Jahr einige Male zur Kirche gehen.

In der zweiten Fallgeschichte wurde die Wechselwirkung zwischen Kirchengangfrequenz und Schichtzugehörigkeit signifikant für die Beurteilung der Wirkung auf die Familie ($N = 119$, $p = 0.009$, erkl. Varianz: 7,6%). Der Zusammenhang ist in Graphik 8 ersichtlich.

Nur in der Oberschicht kommt es zu bedeutungsvollen Unterschieden. Die Oberschichtsangehörige, die nie zur Kirche gehen, beurteilen die Auswirkung auf die Familie als am negativsten, dies mit ganz erheblichem Abstand zu jenen, die gelegentlich zur Kirche gehen.

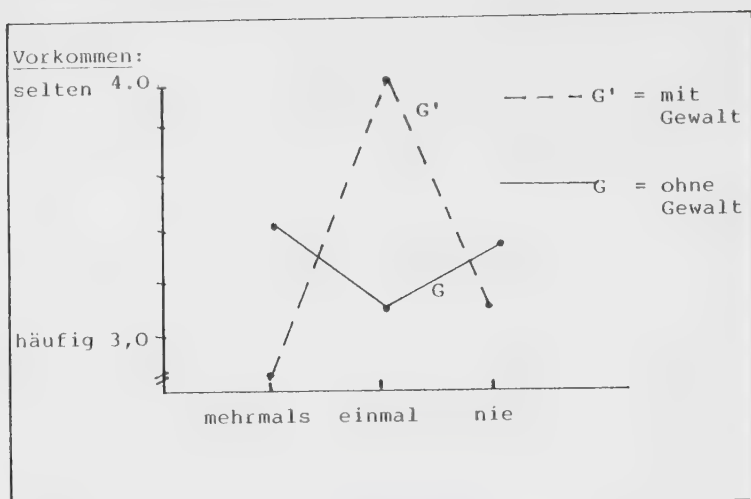
Graphik 8:



Item 8: Häufigkeit

Hier wird in der 2-faktoriellen Varianzanalyse die Wechselwirkung zwischen Kirchgangfrequenz und Variation der Geschichte 3 signifikant ($N = 119$, $p = 0.009$, erkl. Varianz: 7,6%). Der Zusammenhang wird in Graphik 9 ersichtlich. Während Menschen, die selten in die Kirche gehen, die beiden Fallgeschichten ziemlich gleich in bezug auf die Häufigkeit beurteilen, ergibt sich insbesondere für die mittleren Kirchgänger ein grosser Unterschied zwischen den beiden Fallgeschichten. Das Vorkommen der Fallgeschichte mit Gewalttätigkeit wird deutlich geringer angenommen. Dasselbe zeigt sich, in geringerem Mass, für die häufigen Kirchgänger.

Graphik 9:



6. Ergebnisse zum Faktor frühere Erfahrungen mit psychischen Störungen

früh. Erf.		N	DF	F	p	erkl. V.
W Wirkung Fam.	G ₃	120	1	6,852	0.010	5,2%
W seel. Ges.	G ₂	131	2	3,059	0.031	5 %

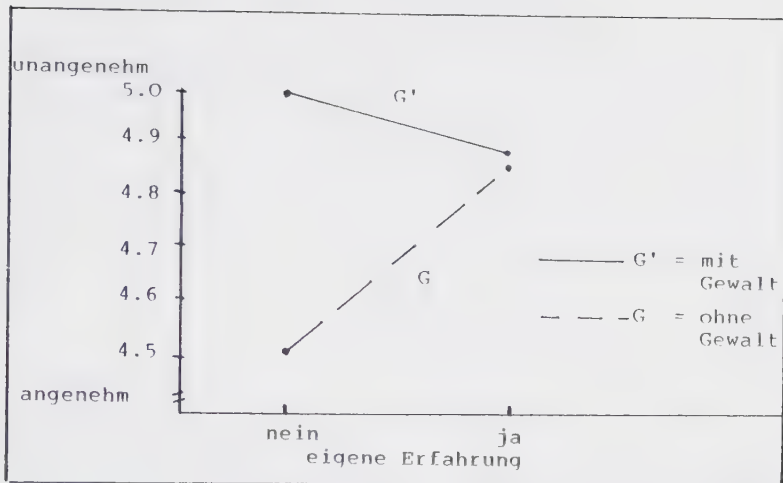
Tab. 64

Item 2: Wirkung auf die Familie

Für die Wechselwirkung zwischen Variation der Geschichte 3 und den eigenen früheren Erfahrungen mit psychischen Störungen brachte die 2-faktorielle Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis ($N = 120$, $p = 0.010$, erkl. Varianz: 5,2%). Die Beziehung ist in Graphik 10 aufgeführt.

Es zeigt sich, dass Personen mit eigenen Erfahrungen den Unterschied zwischen G und G' (Gewalttätigkeit) gering einschätzen, während Personen ohne solche Erfahrungen, einen grossen Unterschied zwischen den beiden Fallgeschichten annehmen.

Graphik 10:



Die Darstellung für die seelische Gesundheit findet sich beim 1. Faktor: Schichtzugehörigkeit. (S. 155)

Zusammenfassung und Diskussion

Es lassen sich bemerkenswert wenige Unterschiede in der Beurteilung psychischer Störungen zwischen den Probanden mit eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiet und jenen ohne solche Erfahrungen feststellen. Die Annahme, dass Personen mit Erfahrungen sich etwa "experten-konformer" äussern als diejenigen ohne solche Erfahrungen, lässt sich nicht aufrecht erhalten, ebensowenig wie jene, dass Personen ohne Erfahrungen die Probleme nicht richtig erfassen können: ihre Wahrnehmung unterscheidet sich nicht wesentlich von denjenigen der Personen, welche eigene Erfahrungen mit psychischen Störungen haben.

Zwei Ausnahmen, beide nicht unwesentlich, sind dennoch festzuhalten. So beurteilen Personen mit früheren Erfahrungen die dritte beschriebene Person (Paranoiker) auch dann als für die Familie unangenehm, wenn er nicht gewalttätig ist. Dies im Gegensatz zu jenen Probanden ohne eigenen Erfahrungen mit psychischen Störungen. Ebenso halten die Unterschichtsangehörigen

mit Erfahrungen die zweite beschriebene Person (Depression) vermehrt für psychisch krank, als jene Unterschichtsangehörigen, die keine solche Erfahrungen haben. Es zeigt sich somit doch so etwas wie ein verfeinertes Sensorium in gerade zwei wichtigen Bereichen derjenigen, die Erfahrungen mit psychischen Störungen haben.

(Vergleiche in diesem Zusammenhang auch die gesondert diskutierten Ausführungen über die früheren Erfahrungen, wie sie in Pt. 12.5. dargestellt sind.)

7. Ergebnisse zum Faktor Zivilstand

Zivilstand		N	DF	F	p	erkl. V.
Befindlichkeit	G ₁	127	2	6,596	0.002	9,6%
W Wirkung Fam.	G ₂	139	4	2,694	0.034	7,3%
Wirkung Fam.	G ₃	127	2	8,290	0.000	11,4%
Auffal. Fam.	G ₁	122	2	10,226	0.000	14,5%
Vernunft	G ₁	139	2	3,695	0.028	6 %

Tab. 65

Item 1: Befindlichkeit

Diese Varianzanalyse erbrachte ein signifikantes Resultat für G₁ (p = 0.002, erkl. Varianz: 9,6%). Einzelvergleiche (Kontraste ergaben folgende Unterschiede: ledig ($\bar{x}$ = 4,54) versus getrennt, geschieden (3,85) : p = 0.003. Verheiratet ($\bar{x}$ = 4,32) versus getrennt, geschieden: p = 0.029.

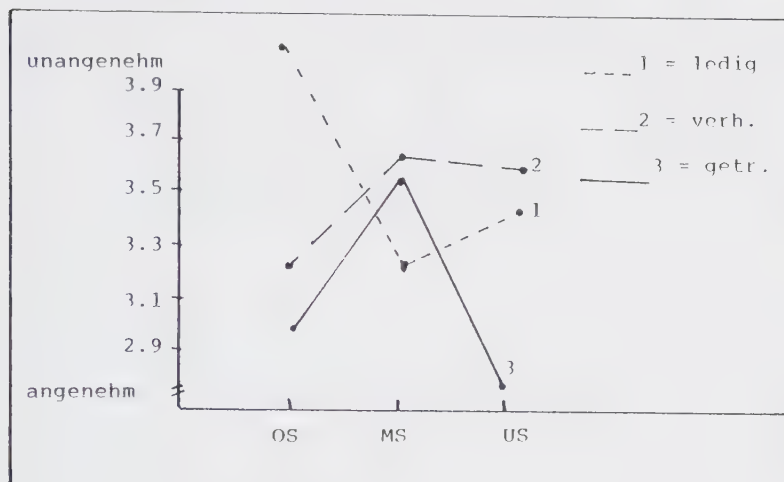
Am negativsten beurteilen somit die Ledigen die Befindlichkeit, gefolgt von den Verheirateten und den Getrennten, Geschiedenen, Verwitweten. Die ersten beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Item 2: Wirkung auf die Familie

In der zweiten Fallgeschichte wird in der Varianzanalyse die Wechselwirkung der Faktoren Zivilstand und Schichtzugehörig-

keit signifikant ($N = 139$, $p = 0.034$, erkl. Varianz: 7,3%). Der Zusammenhang ist in Graphik 11 ersichtlich.

Graphik 11



In der Oberschicht beurteilen die Ledigen die beschriebene Person in bezug auf die Auswirkungen auf die Familie am negativsten, in weitem Abstand zu den Verheirateten und den Getrennten. In der Mittelschicht sind die Verheirateten und die Getrennten nahe beieinander und deutlich negativer als die Ledigen in ihrem Urteil. In der Unterschicht schliesslich ist die Reihenfolge nochmals anders. Die Verheirateten und die Ledigen beurteilen die Auswirkung auf die Familie ähnlich negativ. Mit ziemlichem Abstand folgen die Getrennten, die die Auswirkungen als wenig negativ beurteilen.

Auch für die dritte Fallgeschichte brachte die 2-faktorielle Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis ($N = 127$, $p = 0.000$, erkl. Varianz: 11,4%). In der Untersuchung der Kontraste zeigten sich Unterschiede zwischen den Ledigen und den Verheirateten: $p = 0.003$ ($\bar{x}_L = 4,85$, $\bar{x}_V = 4,85$). Ebenso zwischen den Verheirateten und den Getrennten ($\bar{x}_G = 4,45$), $p = 0.003$. - Die Letzteren beurteilen die Wirkung auf die Familie als angenehmer als die übrigen.

Item 3: Auffallen in der Familie

Die 2-faktorielle Varianzanalyse wird in der ersten Fallgeschichte signifikant ($N = 122$, $p = 0.000$, erkl. Varianz: 14,5%). In der 1-faktoriellen Varianzanalyse zur Berechnung der Kontraste ($N = 122$, $p = 0.0002$, erkl. Varianz: 12,6%) ergaben sich folgende Ergebnisse: Ledige ($\bar{x} = 1,786$) gegenüber Verheiratete: $p = 0.000$, Verheiratete ($\bar{x} = 1,418$) gegenüber Getrennte, Geschiedene ($\bar{x} = 1,727$): $p = 0.01$. - Verheiratete beurteilen die beschriebene Person eher in der Familie auffallend gegenüber den Ledigen und den Getrennten. Letztere unterscheiden sich in bezug auf diese Beurteilung nicht voneinander.

Item 6: Vernunft

Die 2-faktorielle Varianzanalyse zeigt uns eine signifikante Differenz der Zivilstandsgruppen in bezug auf die Beurteilung der Vernunft auf ($N = 139$, $p = 0.028$, erkl. Varianz: 6%) in der ersten Fallgeschichte. Die Ledigen beurteilen die Vernunft als grösser ($\bar{x} = 3,26$) gegenüber den Verheirateten ($\bar{x} = 2,77$) und den Getrennten ($\bar{x} = 2,94$). Hier scheint nur der Unterschied der Ledigen zu den übrigen bedeutsam zu sein.

Zusammenfassung und Diskussion

Der Faktor Zivilstand ist der zweit-ergiebigste unserer unabhängigen Variablen.

So unterscheiden sich die Beurteilungen der Befindlichkeit deutlich, indem hier die Ledigen diese als am meisten eingeschränkt beurteilen. Dieser Befund verläuft parallel zu demjenigen der Variabel Alter. Es ist hier wohl eine Ueberschneidung der beiden Gruppen "Junge" und "Ledige" anzunehmen. Diese nehmen vermehrt eine herabgesetzte Befindlichkeit wahr, das Problem wird als solches erkannt und offenbar weniger verdrängt als in den anderen (Alters- und) Zivilstandsgruppen. Soviel zur ersten Fallgeschichte. Für die zweite ist die Situation weniger einheitlich, aber auch hier in etwa deckungsgleich mit den Aussagen über den Faktor Alter. Die dritte Fallgeschichte beurteilen die Getrennten in bezug auf die Wirkung auf die Familie an-

ders als die übrigen. Sie halten die Person für angenehmer. Ob hier die oftmals unangenehmen Erfahrungen mit dem früheren Partner die Verhältnisse in ein anderes Licht rücken, lässt sich nicht belegen, aber vermuten. Das entsprechende Urteil wird aber von den andern, die mindestens teilweise selber in Familien leben und die somit eine lebendige Prüfgrösse für diese Aussage haben, nicht geteilt. Dass diese Prüfgrösse wichtig ist, wird auch durch das Item "Auffallen in der Familie" bestätigt. Die Verheirateten stellen vermehrt fest, dass die beschriebene Person in der dritten Fallgeschichte auffällt gegenüber den andern Zivilstandsgruppen. Dass schliesslich die Ledigen in der ersten Fallgeschichte die Vernünftigkeit höher einschätzen als die übrigen, verwundert nicht. Es handelt sich hier wieder um eine Parallelität des beim Faktor "Alter" festgestellten Befundes.

Die auch von JAECKEL & WIESER (1970) festgestellte Bedeutung des Faktors Zivilstand wird etwas relativiert, da diese Befunde öfters eine Wiederholung derjenigen des Faktors Alter darstellen.

8. Resultate zum Faktor Offenheit

	Offenheit	N	DF	F	p	erkl. V.
	Befindlichkeit G ₃	127	2	3,486	0.034	5,2%
	Auffal. Fam. G ₃	127	2	3,769	0.026	5,6%
W	Normalität G ₁	125	2	3,616	0.030	5,6%
	Vernunft G ₃	118	2	3,910	0.023	6,3%
	Progn. o. Beh. G ₂	114	2	4,545	0.013	7 %
W	Auffal. Arb. G ₃	126	2	6,539	0.002	9,6%

Tab. 66

Item 1: Befindlichkeit

In der 3. Fallgeschichte zeigte die 2-faktorielle Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis für den Faktor, der durch die Frage "Wie gerne liess sich der Proband befragen?" gemessen wird (N = 127, p = 0.034, erkl. Varianz: 5,2%).

In der 1-faktoriellen Untersuchung der Kontraste zeigte sich, dass sich einzig diejenigen, die sich gerne befragen liessen ($\bar{x} = 4,8$) von denen, die angaben weder/noch bzw. ungerne ($\bar{x} = 4,4$), signifikant voneinander unterscheiden ($N = 139$, $p = 0.016$, erkl. Varianz: 5,3%).

Item 4: Auffallen in der Familie

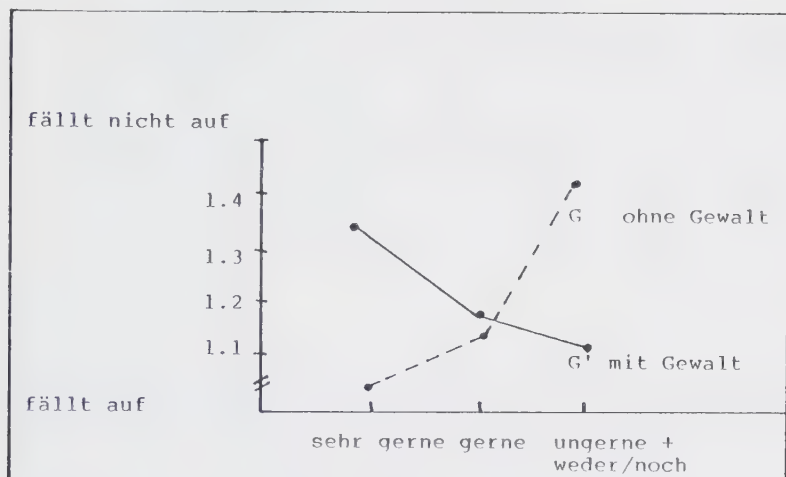
Die 2-faktorielle Varianzanalyse in Fallgeschichte 3 zeigte ein signifikantes Ergebnis ($N = 127$, $p = 0.0026$, erkl. Varianz: 5,6%). In der 1-faktoriellen Varianzanalyse zur Untersuchung der Kontraste zeigte sich, dass die Gruppe 1 (Proband liess sich sehr gerne befragen) mit einem $\bar{x} = 1,00$ signifikant von der Gruppe 2 (liess sich gerne befragen, $\bar{x} = 1,05$) unterscheidet ($N = 136$, $p = 0.045$). Ebenso unterscheidet sich Gruppe 1 von Gruppe 3 (weder/noch + ungerne, $\bar{x} = 1,16$) signifikant, $p = 0.012$. - Je lieber sich eine Person befragen liess, desto weniger beurteilt sie die beschriebene Person als in der Familie auffällig.

Item 5: Auffallen Arbeit

In der dritten Fallgeschichte wird die Wechselwirkung zwischen der Offenheit und Variation der Fallgeschichte - hier ist es die Gewalttätigkeit - signifikant ($N = 126$, $p = 0.002$, erkl. Varianz: 9,6%). In Graphik 12 ist der Zusammenhang aufgezeichnet.

Wir sehen einen gegenläufigen Trend inbezug auf das Vorkommen von Gewalt bei den beiden Gruppen, die sich speziell gerne und speziell ungerne befragen liessen. Die letzteren beurteilen das Verhalten beim Vorhandensein von Gewalt deutlich als auffallend. Ohne Gewalt fällt es an der Arbeit für sie nicht so sehr auf. Umgekehrt ist das für jene, die sich gerne befragen liessen. Für sie ist das Verhalten ohne Gewalt auffälliger als dasjenige mit Gewalt.

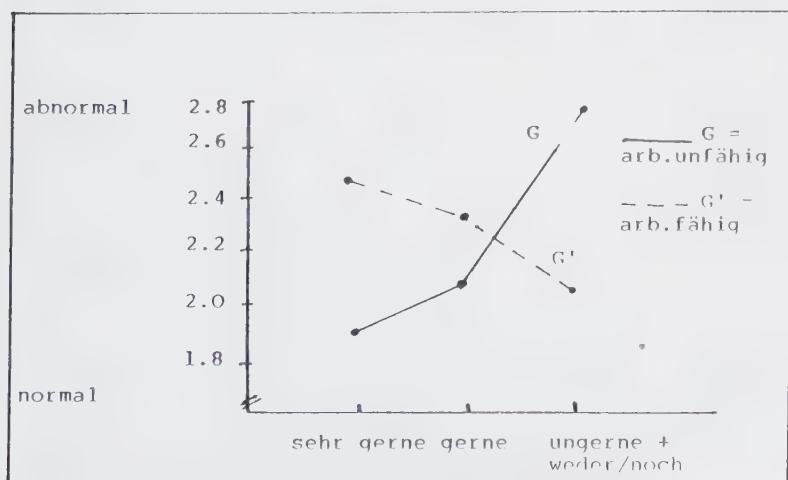
Graphik 12:



Item 6: Normalität

In der 2-faktoriellen Varianzanalyse der 1. Fallgeschichte wird die Wechselwirkung zwischen Offenheit und Variation der Fallgeschichte signifikant ($N = 125$, $p = 0.003$, erkl. Varianz: 5,6%). Der Zusammenhang wird aus Graphik 13 ersichtlich.

Graphik 13:



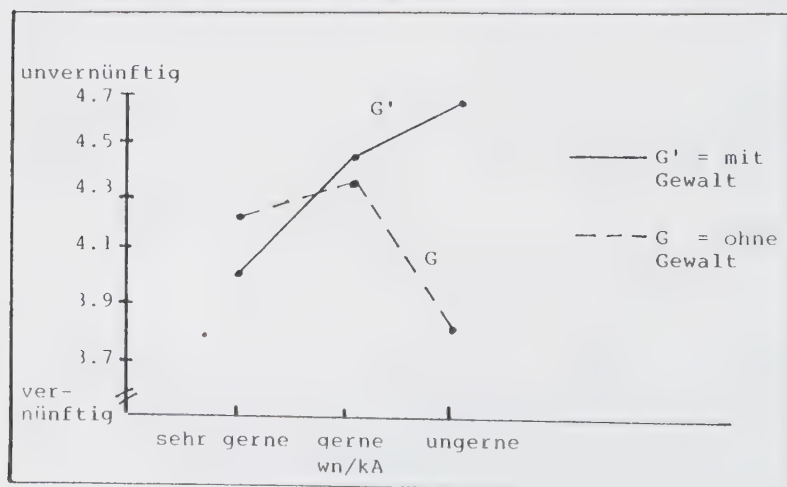
Wir erkennen hier einen gegenläufigen Trend: Je lieber sich ein Proband befragen lässt, desto normal stuft er das Verhalten der Person in Fallgeschichte G ein (linearer Trend). Umgekehrt sieht es für die Hälfte der Probanden aus, die Fallgeschichte G' (arbeitsfähig) vorgelegt bekamen: Je lieber sich die Probanden befragen liessen, desto weniger normal stuften sie das Verhalten der Person in G' ein. Am deutlichsten unterscheiden sich G und G' bei den Probanden, die sich eher ungern interviewen liessen.

Item 7: Vernunft

Hier ergab die 2-faktorielle Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung zwischen der Variation der Geschichte 3 und der Frage "Wie gerne liess sich der Proband befragen" ($N = 118$, $p = 0.023$, erkl. Varianz: 6,3%).

Personen, die sich gerne befragen liessen und solche, welche als weder gerne noch ungern bezeichnet wurden, unterscheiden in bezug auf die Variation der Geschichte (Gewalttätigkeit) nur sehr wenig. Demgegenüber beurteilen die Personen, die sich ungern befragen liessen, die beiden Variationen der Fallgeschichten deutlich unterschiedlich. Der Zusammenhang ist in Graphik 14 festgehalten.

Graphik 14:



Zusammenfassung und Diskussion

Die - recht zahlreichen - Ergebnisse des Faktors "Offenheit" sind mit etwelcher Vorsicht zu interpretieren. Waren die früher diskutierten Variabeln klar definiert, so ist dieser vielmehr eine subjektive Grösse. Er wurde aus der Frage an den Interviewer abgeleitet: "Nach meinem Eindruck liess sich der Befragte sehr gerne, gerne, weder/noch, nicht gerne interviewen, bzw. der Befragte wollte mehrmals abbrechen". Damit ist der Subjektivität Grenzen gesetzt, so dass wir die Befunde - nicht ganz ohne Selbstkritik - diskutieren. Deren Stellenwert mag der Leser bestimmen.

Für die dritte Fallgeschichte meinen diejenigen, die sich gerne befragen liessen, deutlich mehr, dass sich die Person nicht wohl befinde als diejenigen, die sich nur ungerne befragen liessen. Es scheint als würden letztere nicht nur weniger offen im Interview in die neue Situation einsteigen, sondern, dass sie in der Beurteilung zurückhaltender sind: sie sehen das Problem weniger als diejenigen, die sich dem Interview gerne stellen. In die selbe Richtung weist der Unterschied in der Beurteilung des Auffallens in der Familie für die dritte Fallgeschichte. Wer dem Interview gegenüber offen ist, der erscheint sensibler für die Probleme der beschriebenen Person und der Implikation für die Familie.

Drei ganz spezielle Ergebnisse zeigen sich bei der Beurteilung des Auffallens bei der Arbeit, bei der Frage nach der Normalität und der Vernunft. Die beiden Gruppen unterscheiden sich dreimal diametral. Wer sich gerne befragen liess, beurteilte den Paranoiker ohne Gewalt als auffälliger gegenüber dem mit Gewalt. Umgekehrt verhält es sich bei denen, die sich ungerne befragen liessen. Genau gleich sieht es bei der Frage nach der Normalität für die erste Fallgeschichte aus. Wer sich gerne befragen liess, beurteilt die Normalität desjenigen als grösser, der arbeitsunfähig ist gegenüber jenem, der arbeitsfähig ist; während sich auch hier die Gruppe, die sich ungerne befragen liess, genau umgekehrt äusserte. Ebenso sieht es aus bei der Frage nach der Vernunft für die dritte Fallgeschichte. Die Gruppe "gerne" beurteilt

den Paranoiker mit Gewalt als vernünftiger als denjenigen ohne Gewalttätigkeit. Hier besticht nicht nur die Einheitlichkeit des Befundes, sondern sein innerer Zusammenhang. Dabei interessiert nicht nur die Feststellung eines deutlichen Beurteilungs-Unterschieds, der für sich alleine bereits ein nicht unwesentliches Ergebnis bildet. Es stellt sich die Frage nach der Logik dieser Urteile. Auf den ersten Blick scheinen die erwähnten Antworten der Leute, die sich gerne befragen liessen, unlogisch zu sein. Es fragt sich, weshalb gibt es sie dennoch, und zwar in dreifacher Auflage? Am Anfang des Verstehens steht die Neugierde, eben die Frage nach dem Weshalb. Ganz speziell ist das auch für die Psychologie gültig. Sie fragt sich auch immer wieder nach der inneren Logik eines Verhaltens oder eines Zustandes. Mit der erstbesten Lösung ist sie nicht zufrieden, auch wenn sie logisch ist oder erscheint. Weshalb erfolgt diese Abschweifung in die Theorie der Psychologie? Es scheint, als hätten sich die Leute der Gruppe "gerne" genau wie Psychologen verhalten. Sie versuchten, nicht die erstbeste Erklärung des Verhaltens als ihr Verständnis der geschilderten Situation anzunehmen. Wie der Psychologe fragten sie nach dem Sinn des Verhaltens, nach dessen innerer Logik. Dass diese manchmal der üblichen Logik diametral gegenüber steht, erstaunt den echten Psychologen nicht. In der Tat ist ein Paranoiker, der in seinen Verfolgungswahn um sich schlägt, der nach aussen deutlich zeigt, wie es um ihn steht, "vernünftiger" als jener, der zwar ebenso gepeinigt ist, der aber auch die letzte Form der Kommunikation, das Schlagen, nicht mehr zur Verfügung hat.

Die innere Logik dieser drei Antworten liegt darin, dass die Probanden der Gruppe "gerne" sich die Frage nach dem Sinn des Verhaltens stellten und so zu nur scheinbar unlogischen Antworten kamen. Sie liegen mit ihrer Denkart sehr ähnlich zu den Interviewern. Es scheint, dass mit dieser Frage jene Probanden aufgespürt worden sind, die eine ähnliche Wellenlänge wie die Interviewer hatten und in sehr ähnlicher Weise wie diese jungen Psychologen und Soziologen dachten.

9. Ergebnisse für den Faktor Schulbildung

Schulbildung		N	DF	F	p	erkl. v.
Auffal. Fam.	G ₁	121	2	5,141	0.007	8,9%
W Auffal. Arb.	G ₃	125	2	3,434	0.034	5,5%
Auffal. Arb.	G ₁	123	2	4,893	0.009	7,5%

Tab. 67

Item 4: Auffallen Familie

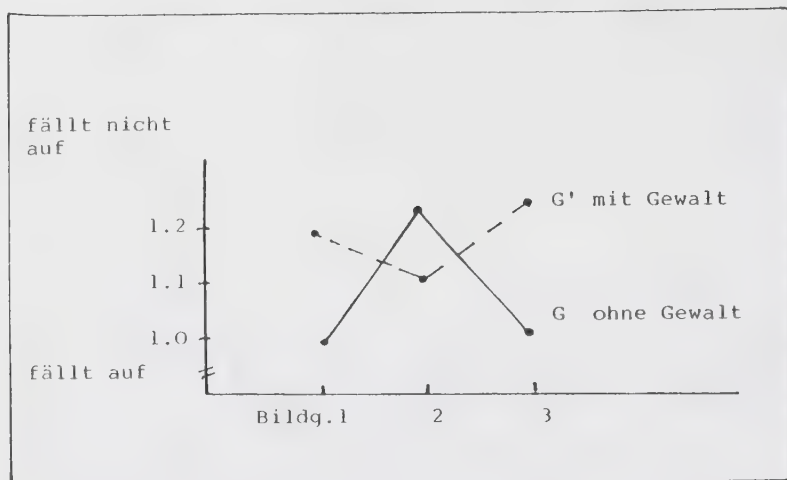
Die 2-faktorielle Varianzanalyse brachte ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Schulbildung (N = 121, p = 0.007, erkl. Varianz: 8,94%) in der ersten Fallgeschichte.

In der 1-faktoriellen Varianzanalyse zur Bestimmung der Kontraste zeigt sich, dass sich die erste Bildungsgruppe ($\bar{x} = 1,11$) signifikant von der zweiten ($\bar{x} = 1,60$) unterscheidet, p = 0.000 (N = 133), erkl. Varianz: 7,1%. Ebenso unterscheidet sich die erste von der dritten Gruppe, ($\bar{x} = 1,68$) p = 0.00. - Die zweite und dritte Gruppe unterscheiden sich nicht von einander.

Item 5: Auffallen Arbeit

Die 2-faktorielle Varianzanalyse zeigt ein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung der Faktoren Variation der Fallgeschichte G₃ (Gewalttätigkeit) und Schulbildung. Der Zusammenhang wird in Graphik 15 ersichtlich (N = 125, p = 0.034, erkl. Varianz: 5,5%).

Graphik 15:



Die 2-faktorielle Varianzanalyse zeigt ebenso ein signifikantes Resultat für den Faktor Schulbildung ($N = 123$, $p = 0.009$, erkl. Varianz: 7,5%) in der ersten Fallgeschichte.

In der 1-faktoriellen Varianzanalyse zur Berechnung von Kontrasten, zeigt, dass sich die Gruppe 1 ($x = 1,22$) signifikant von der Gruppe 2 ($x = 1,67$) unterscheidet ($N = 134$, $p = 0.015$, erkl. Varianz: 8,1%). Ebenso unterscheidet sich die Gruppe 1 von der dritten Gruppe ($x = 1,75$), $p = 0.006$.

10. Ergebnisse zum Faktor Variation der Fallgeschichte G : G'

Mit der Variation der drei Fallgeschichten für je die Hälfte der Stichproben wollten wir die Bedeutsamkeit der folgenden Faktoren speziell untersuchen: Arbeitsunfähigkeit, Geschlechtszugehörigkeit der beschriebenen Person, Gewalttätigkeit.

Aufgrund der Ergebnisse bisheriger Untersuchungen war anzunehmen, dass die drei erwähnten Faktoren ein wesentliches Gewicht für die Beurteilung einer psychischen Störung haben. In der Tat zeigte sich die Variation als wichtiger Faktor. Auffallend dabei ist aber, dass sie nie alleine als Hauptfaktor von Beurtei-

lungsunterschieden in Erscheinung trat, sondern nur in Kombination mit andern Faktoren.

Die entsprechenden Werte sind dort jeweils in der 1. Kolonne mit einem W (für Wechselwirkung) markiert, auf eine separate Auflistung wird verzichtet.

Bei der Variation der zweiten Fallgeschichte (Depression) ist dem Befrager-Team ein Fehler unterlaufen. Es war vorgesehen, dass die eine Hälfte der Stichprobe eine männliche und die andere eine weibliche zu Beurteilen hätte, wobei die halben Stichproben nochmals in eine männliche und in eine weibliche zu unterteilen wäre, sodass wir am Schluss vergleichen könnten, ob Männer ihre Geschlechtsgenossen gleich beurteilen wie sie Frauen beurteilen und dies ebenso bei den Frauen. Nun wurden aber bloss allen Frauen die weibliche Person vorgelegt und den Männern die männliche. Damit reduziert sich diese Information auf unsere speziell untersuchte unabhängige Variabel "Geschlecht". Hier wurde eine Möglichkeit der Informationsgewinnung vergeben. Es fanden sich bei dieser Fallgeschichte keine Geschlechtsunterschiede in der Beurteilung, so dass wir festhalten können, dass sich die Urteile von Männern über Männer nicht von denen von Frauen über Frauen unterscheiden; bei der beschriebenen Störung handelte es sich um eine nach aussen kaum in Erscheinung tretende innerpsychische Störung.

Bemerkenswert selten wird auch die Variation der ersten Fallgeschichte wesentlich. In dieser wird die beschriebene psychosomatisch kranke Person (es ist immer ein Mann) der einen Hälfte der Stichprobe als arbeitsfähig und der andern als arbeitsunfähig beschrieben. Alle andern Angaben stimmen gänzlich überein. Zusammen mit dem Faktor Konfession wird die Befindlichkeit unterschiedlich beurteilt (die Katholiken beurteilen die Befindlichkeit negativer wenn der Mann arbeitsunfähig ist). Beim zweiten Mal wird die Variation wesentlich bei der Beurteilung der Normalität zusammen mit dem Faktor Offenheit.

Aufgrund dieser wenigen Befunde müssen wir festhalten, dass für die Beurteilung des beschriebenen psychosomatisch erkrankten Mannes es keine wesentliche Rolle spielt, ob er arbeitet

oder nicht arbeitet. Da insgesamt die Störung als recht gravierend beurteilt wurde, können wir annehmen, dass die Zusatzinformation der Arbeitsunfähigkeit zwar registriert wird, aber auch ohne sie beurteilen unsere Probanden den beschriebenen Mann als mehrheitlich leidend und seelisch krank. Damit ist es uns nicht gelungen, den eigentlichen Stellenwert des Faktors Arbeitsunfähigkeit für sich festzuhalten. Die Frage, ob das Nicht-Erfüllen der sozialen Rolle ein wesentliches Beurteilungsmerkmal darstellt, ist somit für uns nicht beantwortbar.

Neunmal spielt die Variation der dritten Fallgeschichte, zusammen mit andern Faktoren, eine wesentliche Rolle. Es handelt sich dabei um das Vorhandensein, bzw. Nicht-Vorhandensein von Gewalttätigkeit bei der beschriebenen paranoiden Person. Dabei sind besonders die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Konfessionsgruppen, sowie der Zusammenhang mit der Offenheit, den früheren Erfahrungen und der Schulbildung aufgefallen. (Die genauen Daten sind dort auffindbar).

Es bestätigt sich hier, dass die Gewalttätigkeit ein wesentliches Beurteilungskriterium von psychischen Störungen darstellt. Dieser Befund ist in Uebereinstimmung mit den Ausführungen im theoretischen Teil (S. 66) und auch mit den klinischen Erfahrungen.

13.2.4. Weitere Ergebnisse

Einige unserer Fragen beziehen sich auf den Zusammenhang zwischen der Befindlichkeit einerseits und anderen Items (Wirkung, Auffallen) andererseits. Dabei interessiert uns, ob der Zusammenhang zwischen den nach aussen sicht- und spürbaren Items (Auffallen, Wirkung) und der Beurteilung der seelischen Gesundheit und der Normalität sich gleichermassen verhält, wie der Zusammenhang der nach aussen nicht sichtbaren Befindlichkeit auf dieselben Items. Zudem fragen wir, ob Frauen und Männer die Befindlichkeit gleich beurteilen und ebenso, ob hier Schichtunterschiede bestehen.

Dabei wird angenommen, dass der Zusammenhang zwischen Befindlichkeit und der Beurteilung "psychisch krank", bzw. "abnormal", in der Unterschicht schwächer ist als in der mittleren Schicht und der oberen Schicht. Zudem nehmen wir an, dass der selbe Zusammenhang bei den Frauen stärker ist als bei den Männern.

Um diese Hypothese zu prüfen, haben wir zwischen den entsprechenden Items Rang-Korrelationen (SPEARMAN RHO) berechnet:

Rang-Korrelationen nach Schichten

	G ₁		G ₂		G ₃	
	US	MS+OS	US	MS+OS	US	MS+OS
Befdl.x Norm.	-0.0979	-0.1027	0.0028	0.1197	0.1377	0.0894
Befdl.x seel. Ges.	0.5448*	0.3533*	0.4019*	0.3813*	0.2047	0.2786T
Wirk. Fam. x Norm.	-0.0018	0.0276	-0.0177	0.0463	0.2086	0.0871
Wirk. Arb. x Norm.	-0.0713	-0.1187	0.1395	0.2835	0.1874	0.1310
Wirk. Fam. x seel. Ges.	0.2672T	0.2338T	0.3513*	0.3513*	0.3221T	0.1047
Wirk. Arb. x seel. Ges.	0.1287	0.0374	0.2581	0.2834	0.0784	0.0745
Auf. Fam. x Norm.	-0.1476	0.0318	0.0696	-0.1819	-0.0978	0.1135
Auf. Arb. x Norm.	0.1581	-0.0391	0.0925	-0.0553	-0.0561	0.0862
Auf. Fam. x seel. Ges.	-0.0552	-0.0555	-0.1502	-0.2401	-0.2100	0.1222
Auf. Arb. x seel. Ges.	-0.0393	-0.1022	-0.1355	-0.1270	-0.2221	0.0260

Tab. 68 * = $p \leq 0.001$

T = $p > 0.001 < 0.025$

Zusammenfassung und Diskussion

Betrachten wir die Beurteilung der Befindlichkeit und deren Zusammenhang auf die Beurteilung der seelischen Gesundheit und der Normalität, so können wir keine Schichtunterschiede feststellen. Entstehen signifikante Zusammenhänge, wie in der ersten und zweiten Fallgeschichte, so sind sie sowohl in der unteren Schicht als auch in den andern beiden zu finden.

In beachtenswerter Weise ist der Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Befindlichkeit und der Beurteilung der seelischen Gesundheit belegt, während dies für die Beurteilung der Normalität nicht zutrifft. Es besteht also, unabhängig zur Schichtzugehörigkeit, ein Zusammenhang zwischen der Feststellung einer eingeschränkten Befindlichkeit und der Bezeichnung einer Person als psychisch krank, aber die Bezeichnung abnormal ist davon unabhängig. Die Bezeichnung "eine Person leidet" hat für unsere Probanden nichts zu tun mit der Frage der Normalität.

Auch die Zusammenhänge zwischen den nach aussen sichtbaren Items (Wirkung, Auffallen) auf die Beurteilung der Normalität und der seelischen Gesundheit zeigen kaum Schichtunterschiede. Sind signifikante Beziehungen vorhanden, so finden sie sich in beiden Schichtgruppen. Sie sind allesamt kleiner als der Zusammenhang der Befindlichkeit und der seelischen Gesundheit. Neben diesem wichtigsten Zusammenhang ist noch derjenige zwischen "Wirkung auf die Familie" und seelische Gesundheit erwähnenswert. Er ist bedeutungsvoll vor allem in der zweiten Fallgeschichte, tendenziell signifikant aber auch in der ersten und für die untere Schicht auch in der dritten Fallgeschichte. Hier ist auch ein auffallender Schichtunterschied vorhanden, der aber gerade entgegengesetzt zu unseren Erwartungen liegt.

Inbezug auf unsere Annahme können wir feststellen, dass das Zusammennehmen des Items "Normalität" mit "seelischer Gesundheit" dazu führte, dass die Hypothesen zu verwerfen sind, denn zwischen diesen beiden Items besteht keines falls die angenommene Parallelität.

Betrachten wir die Items für sich alleine, dann können wir einzelne signifikante Zusammenhänge für die seelische Gesundheit festhalten, nicht aber für die Normalität. Neben der Bedeutung des Items Befindlichkeit ist diejenige der Wirkung auf die Familie beachtenswert. Für die Beurteilung der seelischen Gesundheit ist vor allem die Beurteilung der Befindlichkeit wichtig, aber beinahe ebenso die Wirkung auf Familie, Bekannte und Freunde. Und dies für alle Schichten und wie unten ersichtlich auch für Männer gleichermassen wie für Frauen.

Rang-Korrelationen nach Geschlecht

Spearman Rho	G ₁		G ₂		G ₃	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Befdl. x Norm.	0.1317	-0.2175	0.3156T	-0.0394	0.2597T	0.0323
Befdl. x seel. Ges.	0.4048*	0.4292*	0.4265*	0.4210*	0.4755*	0.0851
Wirk. Fam. x Norm.	0.0465	0.0003	0.0415	0.0024	0.1679	0.0826
Wirk. Arb. x Norm.	0.0233	-0.1739	0.2620T	0.1952	0.1550	0.1316
Wirk. Fam. x seel. Ges.	0.1396	0.3278T	0.2145	0.3603*	0.2077	0.2250
Wirk. Arb. x seel. Ges.	-0.0122	0.1619	0.2878T	0.2342	0.0694	0.0832
Auf. Fam. x Norm.	-0.1633	0.0446	-0.0808	-0.0661	-0.0099	0.0158
Auf. Arb. x Norm.	0.1815	0.0453	0.1213	-0.1065	-0.0863	0.0653
Auf. Fam. x seel. Ges.	0.0533	-0.1304	-0.1033	-0.2248	-0.1258	0.0156
Auf. Arb. x seel. Ges.	-0.0546	-0.0648	-0.0368	-0.2333	-0.1664	0.0277

Tab. 69

Suchen wir hier nach Geschlechtsunterschieden, so können wir nur gerade inbezug auf die Befindlichkeit einen solchen in der dritten Fallgeschichte festhalten. Die Männer beurteilen die seelische Gesundheit des Paranoikers unabhängiger von ihrer Beurteilung der Befindlichkeit als die Frauen. Für die Männer ist dafür die Wirkung auf die Familie und auf die Arbeit und ebenso das Auffallen von etwas grösserer Bedeutung als für die Frauen. Dieser Befund für die dritte Fallgeschichte lässt sich auch in reduziertem Ausmass auch für die beiden andern Fallgeschichten postulieren. Bei Männern ist der Zusammenhang zwischen der Beurteilung der seelischen Gesundheit und der Wirkung auf die Familie auch bei den ersten beiden Fallgeschichten grösser als für die Frauen.

Unsere Hypothese können wir nicht so global beantworten. Es besteht nur ein wesentlicher Unterschied in der dritten Fallgeschichte. Dort beurteilen die Frauen in der Tat den Paranoiker in hochsignifikanter Weise übereinstimmend mit der Befindlichkeit als psychisch krank, während bei den Männern der Zusammenhang zwischen diesen beiden Items sehr klein ist. Da dies aber in den übrigen Fallgeschichten nicht zutrifft, neigen wir dazu, die Annahme nicht aufrecht zu erhalten.

13.3 Ergebnisse zu den vorgeschlagenen Massnahmen

13.3.1 Häufigkeitsauszählungen

nichts unternehmen	1	0,4%	2	0,8%	1	0,4%
sich aussprechen	64	25,8%	78	31,7%	39	14,9%
andere	8	3,2%	7	2,8%	5	1,9%
Hausarzt	61	24,6%	12	4,9%	39	14,9%
Psychiater	25	10,1%	25	10,2%	82	31,4%
Verein, Kurs	14	5,6%	81	32,9%	8	3,1%
Psychologe	32	12,9%	36	14,6%	43	16,5%
Stelle wechseln	35	14,1%	3	1,2%	6	2,3%
Medikament	4	1,6%	1	0,4%	1	0,4%
psychiatr. Klinik	4	1,6%	1	0,4%	37	14,2%
Total	248	100%	246	100%	261	100%
n	129		128		138	

Zusammenfassung und Diskussion

Für die drei verschiedenen Fallgeschichten werden verschiedene Massnahmen vorgeschlagen. Für den Psychosomatiker wird am meisten eine Aussprache genannt (dabei ist es noch unklar, ob dies mit einem Fachmann oder mit jemandem aus der sozialen Umgebung gedacht ist. In einer zweiten Aufstellung werden wir dies noch aufteilen.) Etwa gleich oft wird der Hausarzt erwähnt, während zum nächsten Vorschlag (Stelle wechseln) bereits eine grössere Distanz besteht. Hier folgt dann der Psychologe und nach ihm der Psychiater. Das beschriebene Verhalten wird einerseits als persönlich-gesundheitliches und andererseits als Arbeits-Problem verstanden. Bemerkenswert klein ist die Zahl derjenigen, die vorschlagen, nichts zu unternehmen und derer, die einen Kursbesuch nennen.

Am meisten wird für die zweite Fallgeschichte (Depression) ein Kursbesuch und die Aussprache vorgeschlagen, gefolgt vom Vorschlag zum Psychologen zu gehen und den Psychiater zu konsultieren. Auch hier bemerkenswert selten "nichts unternehmen" und überraschend selten die Nennung des Hausarztes. Die Befragten beurteilen die Störung weniger als eine gesundheitliche im organischen Sinn als eine psychische, insbesondere auf dem Gebiet des zwischenmenschlichen Kontaktes liegende. Hier stellt sich die Frage, ob die Wirkung nicht mit der Ursache verwechselt wird, ein Phänomen, das wir im Abschnitt über die angenommenen Ursachen nochmals antreffen und dort diskutieren werden.

Dem Paranoiker in der dritten Fallgeschichte wird am meisten der Gang zum Psychiater vorgeschlagen, mit grösserem Abstand folgt die Nennung des Psychologen und anschliessend des Hausarztes und der Aussprache. Hier schliesst auch der Vorschlag "in eine psychiatrische Klinik gehen" an. Alle anderen Ideen fallen weit zurück: für Selbstheilungsversuche ohne die Hilfe des Fachmanns eignet sich diese Person nicht.

Neben der Feststellung, dass die drei Fallgeschichten inbezug auf die zu ergreifenden Massnahmen sehr unterschiedlich und ebenso differenziert beurteilt werden, scheint uns bemerkens-

wert zu sein, wie selten angegeben wird, dass nichts unternommen werden solle (insgesamt 4 Nennungen).

Zum Unterschied Psychologe : Psychiater sehen wir, dass der erstere deutlich früher als der letztere für die beiden ersten Fallgeschichten genannt wird. Dafür ist der Psychiater in der dritten Fallgeschichte, wo es sich um eine deutliche und auch schwerwiegende psychische Erkrankung handelt, nicht nur vor dem Psychologen zu finden, sondern er ist der Meistgenannte überhaupt. Es scheint als gelte der Psychologe als Spezialist die weniger gravierenden Fälle psychischer Störungen und als sei er für die Probanden eher zugänglich als der Psychiater, bei welchem wohl eine recht grosse Schwellenangst zu überwinden ist.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Probanden den Unterschied zwischen diesen beiden Berufen genau festhalten können. Im Lichte unserer Ergebnisse erscheinen die Meinungen unserer Probanden nicht allzuweit entfernt von der tatsächlichen Situation zu liegen. Berücksichtigen wir die unüberschaubare Vielfalt beruflicher Aktivitäten auf diesem Gebiet, so können wir mit den erhaltenen Antworten getrost annehmen, dass die Probanden sehr wohl einen Unterschied zwischen diesen Berufen ausmachen können. Es kann dabei durchaus vorkommen, dass einige wichtige Aspekte z.B. der Ausbildung, nicht klar unterschieden werden, aber im wesentlichen trifft die Meinung der Probanden die realen Gegebenheiten, und dies in einem Feld, das mancher Fachmann kaum zu überschauen vermag.

Nachstehend folgt eine Aufstellung der Massnahmenvorschläge, in welcher die vorgeschlagenen Gesprächspartner der Antwort "sich einmal aussprechen" den einzelnen Kategorien zugerechnet wurden. Zudem wurde sie etwas gerafft. Sie bildet die Grundlage der weiterführenden Untersuchungen. (vgl. Pt. 13.3.2.)

Zusammenfassung der vorgeschlagenen Massnahmen

	G ₁ n = 129		G ₂ n = 128		G ₃ n = 138	
1 sich aussprechen	52	21,0%	68	27,6%	32	12,3%
2 andere	11	4,4%	10	4,1%	4	1,5%
3 Hausarzt	69	27,8%	14	5,7%	41	15,7%
4 Psychiater	26	10,5%	32	13 %	86	33 %
5 Verein, Kurs	20	8,1%	84	34,1%	10	3,8%
6 Psychologe	35	14,1%	38	15,4%	45	17,2%
7 Stelle wechseln	35	14,1%	0	-	6	2,9%
8 psychiatr. Klinik	0	-	0	-	37	14,2%
Total	248	100%	246	100%	261	100%
professionell	52,4%		34,1%		80,1%	
nicht-professionell	47,6%		65,9%		19,9%	

Tab. 71

In der statistischen Ueberprüfung zeigten sich in den 1-dimensionalen Chi-Quadrat-Testen für alle drei Fallgeschichten hochsignifikante Unterschiede.

Wir interessieren uns für Antwortunterschiede der verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Deshalb untersuchen wir die Antworten im Bereich Massnahmen in entsprechender Weise, wie wir es für den Bereich "Wahrnehmung" getan haben.

13.3.2. Ueberprüfung der Hypothesen zum Bereich Massnahmen

Analog zum Bereich Wahrnehmung der psychischen Störung wurde sowohl für den Bereich "Massnahmen" als auch "Ursachenzuschreibungen" untersucht, inwieweit die Variation der Fallgeschichte (experimenteller Stimulus in 2 Varianten, G und G') sowie eine Reihe von soziographischen Variabeln (Geschlecht, Alter, Konfession, Schicht, Kirchengangfrequenz, Offenheit, eigene Erfahrungen, Prognose des Krankheitsverlaufs) einen Einfluss auf die Beantwortung der beiden Fragen zu den Massnahmenvorschlägen und

zur Ursachenzuschreibung haben.

Zu diesem Zwecke wurde für jede Kombination der unabhängigen Variablen mit den beiden abhängigen Variablen in den drei Fallgeschichten 2-dimensionale Kreuztabellen erstellt. Anhand eines Chi-Quadrat-Tests (Signifikanzniveau = 0.005) wurden die Verteilungen auf Unterschiedlichkeit überprüft.

(Anmerkung: die Zeilen- und Spaltensummen, sowie die Prozent-Angaben beziehen sich auf die Anzahl Antworten, nicht auf die Anzahl Personen.)

Summarisch ergeben sich enttäuschend wenige Ergebnisse sowohl für die vorgeschlagenen Massnahmen als auch für die angenommenen Ursachen. Wir können sagen, dass in diesen Bereichen sehr grosse Übereinstimmung in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen herrscht.

1. Alter

Auch im Bereich Massnahmen ist der Faktor Alter von besonderer Bedeutung. Es zeigt sich hier folgendes signifikantes Ergebnis: $N = 129$, Chi-Quadrat = 34,86, (wobei Chi-Quadrat 12,0,99 = 26,217.) $df = 12$, p ist kleiner als 0.01.

Die Kreuztabelle Massnahme/Alter folgt umstehend:

Kreuztabelle Alter x Massnahmen G₁

	COUNT	JUNG	MITTEL	ALT	ROW
	ROW PCT				TOTAL
	COL PCT				
	TAB PCT	1	2	3	
VERBESG1					
sich aussprechen	1	22	20	10	52
		42.3	38.5	19.2	21.0
		25.0	23.5	13.3	
		8.9	8.1	4.0	
andere	2	3	3	5	11
		27.3	27.3	45.5	4.4
		3.4	3.5	6.7	
		1.2	1.2	2.0	
Hausarzt	31	10	31	28	69
		14.5	44.9	40.6	27.8
		11.4	36.5	37.3	
		4.0	12.5	11.3	
Psychiater	32	11	7	8	26
		42.3	26.9	30.8	
		12.5	8.2	10.7	
		4.4	2.8	3.2	
Verein, Kurs	33	8	1	11	20
		40.0	5.0	55.0	8.1
		9.1	1.2	14.7	
		3.2	0.4	4.4	
Psychologe	34	19	10	6	35
		54.3	28.6	17.1	14.1
		21.6	11.8	8.0	
		7.7	4.0	2.4	
Stelle wechseln	35	15	13	7	35
		42.9	37.1	20.0	14.1
		17.0	15.3	9.3	
		6.0	5.2	2.8	
COLUMN		88	85	75	248
TOTAL		35.5	34.3	30.2	100.0
PERCENTS AND TOTALS BASED ON RESPONSES					
129 VALID CASES			10 MISSING CASES		

Tab. 72

Wir sehen, dass die Jungen bedeutend weniger oft den Hausarzt nennen als die Aelteren, dafür umso öfter den Psychologen. Es scheint, als seien die Jüngerer mit dem Beruf des Psychologen vertrauter und als würden sie ihn deutlich kompetenter einschätzen als die andern.

Dass die Mittleren so auffällig selten einen Kursbesuch vorschlagen, leuchtet eigentlich wenig ein. Vielleicht sind sie derart mit der Erfüllung ihrer sozialen Rolle beschäftigt, dass diese Lösung des Problems fast gänzlich ausser Betracht fällt.

2. Geschlecht

Das Geschlecht der befragten Person spielt in der zweiten Fallgeschichte für die Beurteilung der zu ergreifenden Massnahmen eine wesentliche Rolle. ($N = 128$, Chi-Quadrat = 17.664, wobei Chi-Quadrat 5,0.99 = 15,086, $df = 5$, p kleiner 0.01.

	COUNT ROW COL TAB	PCT PCT PCT PCT	FRAUEN	MAENNER	ROW TOTAL
VERBESG2			1	2	
	1		33	35	68
sich aussprechen			43.5	51.5	27.6
			32.0	24.5	
			13.4	14.2	
	2		2	8	10
andere			20.0	80.0	4.1
			1.9	5.6	
			0.8	3.3	
	31		1	13	14
Hausarzt			7.1	92.9	5.7
			1.0	9.1	
			0.4	5.3	
	32		14	18	32
Psychiater			43.8	56.3	13.0
			13.6	12.6	
			5.7	7.3	
	33		40	44	84
Verein Kurs			47.6	52.4	34.1
			38.8	30.8	
			16.3	17.9	
	34		13	25	38
Psychologe			34.2	65.8	15.4
			12.6	17.5	
			5.3	10.2	
	COLUMN		103	143	246
	TOTAL		41.9	58.1	100.0

Tab. 73

Es wird ersichtlich, dass Männer viel mehr den Hausarzt als geeignete Massnahme vorschlagen als Frauen. Ebenso schlagen sie signifikant mehr zu einem Kursbesuch vor als die Frauen. Insgesamt beurteilen die verschiedenen Bevölkerungsgruppen die zu ergreifenden Massnahmen in allen drei Fallgeschichten sehr einheitlich. Unterschiede ergeben sich für die erste Fallgeschichte (Psychosomatiker) inbezug auf das Alter und in der zweiten Fallgeschichte (Depression) inbezug auf das Geschlecht des Beurteilers.

13.4. Ergebnisse zu den angenommenen Ursachen

13.4.1. Häufigkeitsauszählungen

	G ₁		G ₂		G ₃	
1 Kontaktprobleme	49	20,2%	103	43,1%	25	9,7%
2 Kindheit, Erziehung	23	9,5%	79	33,1%	90	34,7%
3 Vererbung	13	5,3%	22	9,2%	50	37 %
4 Eheprobleme	22	9,1%	0	-	18	6,9%
5 schwacher Wille	16	6,1%	16	6,7%	14	5,4%
6 Arbeitsbedingungen	94	38,7%	5	2,1%	8	3,1%
7 Hirn-Nerven-Drüsen	7	2,9%	0	-	44	17 %
8 schlimmes Erlebnis in letzter Zeit	19	7,8%	14	5,9%	10	3,9%
Total	243	100%	239	100%	259	100%
n	128		126		129	

Tab. 74

Zusammenfassung und Diskussion

In der ersten Fallgeschichte liegen die Ursachen für unsere Probanden klar erkennbar am ehesten in den Arbeitsbedingungen. In einem recht grossen Abstand folgt die Antwort "Kontaktprobleme",

während die andren Nennungen (Kindheit, Eheprobleme) keine 10% der Antworten ausmachen.

Für die zweite Fallgeschichte wird am ehesten "Kontaktprobleme" als Ursache erwähnt, gefolgt von "Kindheit" und in weitem Abstand "Vererbung". Alle übrigen Antworten sind nur marginal.

Für die dritte Fallgeschichte wird "Vererbung" am meisten als Ursache genannt zusammen mit "Kindheit". In weitem Abstand erwähnen die Probanden "Hirn-, Nerven- oder Drüsenschaden" als Ursache, gefolgt von den Kontaktproblemen.

Auch hier zeigt sich, dass die Ursachen der drei Fallgeschichten völlig verschieden angenommen werden.

Erwähnenswert ist die Antwortkategorie "Kontaktprobleme". Sie ist ein Produkt der Voruntersuchung und der Vorgespräche. Damals wurde sehr oft von solchen Schwierigkeiten als Ursache psychischer Störungen gesprochen. Für uns sind diese viel eher Symptome, wie sie speziell für das depressive Syndrom beschrieben sind oder wie sie im Zusammenhang mit beginnenden schizophrenen Erkrankungen immer wieder berichtet werden. Dennoch zeigt die Antwortübersicht, dass diese Antwort zu den häufigen in allen drei Fallgeschichten gehört. Obwohl diese nicht unserem Verständnis psychischer Störungen zu entsprechen vermag, ist es richtig, diese Antwortmöglichkeit im Fragebogen und in unserer Untersuchung zu belassen. Es geht ja nicht darum, dass wir alles daran setzen, unsere Auffassung psychischer Störungen in der Bevölkerung bestätigt zu finden, sondern viel mehr die dort vorhandenen, tatsächlichen Meinungen festzuhalten. Es ist nun unsere Aufgabe, diesen Befund in unser sozialpsychiatrisches Denken und Handeln einzubeziehen. Konkret heisst das, wir dürfen von der Bevölkerung nicht erwarten, dass sie Kontaktschwierigkeiten als Krankheitszeichen für sich ansieht. Erst wenn zusätzliche Symptome spürbar werden, kann ein Definitionsprozess beginnen.

Die Kategorie "Kindheit" kann als Gradmesser dafür angesehen werden, inwieweit sich psychologisches - insbesondere entwicklungspsychologisches und psychoanalytisches- Denken in der

Bevölkerung niedergeschlagen hat. Das Resultat ist etwas überraschend. In der ersten Fallgeschichte wird es eher selten verwendet. Dagegen wird diese Antwort sehr oft genannt in der zweiten und in der dritten Fallgeschichte. Während sie in der zweiten Geschichte als eigenständige, wichtige Kategorie bestehen mag, wird sie in der dritten durch die noch öfters genannte Vererbung deutlich neutralisiert, zusammen auch mit der nur hier wesentlichen Zahl der Antwort "Hirn-, Nerven- oder Drüsenschaden". Immerhin können wir festhalten, dass diese Kategorie bei allen Fallgeschichten zu den häufigsten gehört.

Erstaunlich ist, wie wenig die Antwort "schlimmes Erlebnis in letzter Zeit" gewählt wurde. In der zweiten Geschichte, wo deutlich depressive Züge gezeichnet sind, ist diese Antwort noch seltener als in der ersten.

Vergleichen wir die angegebenen Ursachen mit den vorher vorgeschlagenen Massnahmen, so sehen wir für die erste Fallgeschichte, dass die Uebereinstimmung mangelhaft ist. Obwohl die Ursachen am meisten in der Arbeitssituation gesehen werden, ist der häufigste Massnahme-Vorschlag der Hausarzt. Die Stelle wechseln folgt erst an dritter Stelle.

Für die zweite Fallgeschichte sieht der Zusammenhang auf den ersten Blick besser aus. Hier wird als Ursache Kontaktprobleme angenommen und die am häufigsten genannte Massnahme ist "ein Kurs besuchen, einem Verein beitreten". Wäre die beschriebene Person aber im Stande, einen solchen Schritt zu tun, so wäre sie gar nicht in der beschriebenen Lage. Hier wird die Verwechslung von Ursache und Wirkung besonders deutlich sichtbar.

Für die dritte Fallgeschichte wird deutlich, wie organisch-stofflich die Probanden eine schwere psychische Störung auffassen. Hier sei angemerkt, dass sie damit bei weitem nicht allein sind. Wir dürfen diese Meinung keinesfalls, wie dies in anderen Untersuchungen öfters geschah, als Vorurteil oder Fehl-Information deuten. Im klinischen Alltag kommt dieser Ansatz sehr oft zum Tragen, auch wenn dies psycho-dynamischem Denken widerspricht. Nicht die Wünsche der fortschrittlichen Sozialforscher bilden die Realität, sondern das alltägliche Handeln an und mit Patienten.

ten, die unter psychischen Störungen leiden, bzw. deren Umgebung daran leidet.

Auch für die verschiedenen Ursachen zeigen uns die statistischen Prüfverfahren (eindimensionaler Chi-Quadrat-Test) signifikante Unterschiede für die drei Fallgeschichten. Im folgenden untersuchen wir die Ursachenzuschreibung auf Unterschiede in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Insgesamt werden auch die Ursachen der beschriebenen psychischen Störungen in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen sehr einheitlich beurteilt. Im folgenden werden die diesbezüglichen Ausnahmen dargestellt.

13.4.2. Ueberprüfung der Hypothesen im Bereich Ursachen

1. Alter

Sowohl in der ersten als auch in der dritten Fallgeschichte beurteilen die verschiedenen Altersgruppen die Ursachen unterschiedlich.

Die entsprechende Kreuztabelle befindet sich auf der nächsten Seite.

Kreuztabelle Alter x Ursachen G₁

	COUNT ROW PCT COL PCT TAB PCT	ALTER			ROW TOTAL
		JUNG	MITTEL	ALT	
		1	2	3	
GRUNDG1					
Kontaktprobleme	1	20	11	18	49
		40.8	32.4	36.7	20.2
		23.8	13.3	23.7	
		8.2	4.5	7.4	
Kindheit	2	14	6	3	23
		60.9	26.1	13.0	9.5
		16.7	7.2	3.9	
		5.8	2.5	1.2	
Vererbung	3	1	8	4	13
		7.7	61.5	30.8	5.3
		1.2	9.6	5.3	
		0.4	3.3	1.6	
Eheprobleme	4	6	7	9	22
		27.3	31.8	40.9	9.1
		7.1	8.4	11.8	
		2.5	2.9	3.7	
Schwacher Wille	5	7	5	2	16
		56.5	31.3	12.5	6.3
		10.7	6.0	2.8	
		3.7	2.1	0.8	
Arbeits. Beding.	6	28	34	32	94
		29.8	36.2	34.0	38.7
		33.3	41.0	42.1	
		11.5	14.0	13.2	
Hirn/Nerv. Schaden	7	2	3	2	7
		28.6	42.9	26.6	2.9
		2.4	3.6	2.6	
		0.8	1.2	0.8	
Schlimmes Erelbn.	8	4	9	6	19
		21.1	47.4	31.6	7.8
		4.8	10.8	7.9	
		1.3	3.7	2.5	
COLUMN		84	83	76	243
TOTAL		34.6	34.2	31.3	100.0
PERCENTS AND TOTALS BASED ON RESPONSES					
128 VALID CASES			11 MISSING CASES		

Tab. 75

Der Chi-Quadrat-Test ergab für den Faktor Alter in der ersten Fallgeschichte ein signifikantes Ergebnis. $N = 117$, $p = 0.005$, Chi-Quadrat: 24.15. Chi-Quadrat $14,0.95 = 23,685$.

Die wichtigen Unterschiede zeigen die Antworten "Kontaktprobleme", "schweres Erlebnis in der Kindheit, falsche Erziehung", "Vererbung" und "schwacher Wille". Die Antworten "Kindheit" und "schwacher Wille" nehmen beide mit steigendem Alter ab.

Die Antwort "Vererbung" wird von den Jungen sehr selten angegeben, etwas öfter von den Alten und am häufigsten von den Mittleren. Genau spiegelbildlich dazu sieht die Antwortverteilung für "Kontaktprobleme" aus: Die Jungen nennen diese am meisten, gefolgt von Alten und zuletzt folgen die Mittleren.

Für die dritte Fallgeschichte ergab sich vor den Faktor Alter folgendes signifikantes Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests: $N = 131$, $p = 0.001$, Chi-Quadrat = 28,9089, wobei Chi-Quadrat $(14, 0.99) = 29,141$.

In der nachstehenden Kreuztabelle fällt die Verteilung der folgenden Antworten auf:

"Kindheit", "Vererbung", "Eheprobleme" und "Hirn-, Nerven- oder Drüsenschaden".

Die Antworten "Kindheit" und "Eheprobleme" nehmen mit dem Alter ab. Dagegen nimmt die Antwort "Vererbung" mit dem Alter zu, ebenso "Hirnschaden".

Für beide Fallgeschichten übereinstimmend kann festgehalten werden, dass die Jungen die Ursache eher in der Kindheit sehen, als die Älteren, dagegen nehmen Junge seltener Vererbung als Ursache an.

Die entsprechende Kreuztabelle präsentiert sich folgendermassen:

Kreuztabelle Alter x Ursachen G,

	COUNT ROW PCT COL PCT TAB PCT	JUNG	MITTEL	ALT	
GRUNDG3		1	2	3	
Kontaktprobleme	1	11 44.0 13.9 4.2	8 32.0 9.1 3.1	6 24.0 6.5 2.3	25 9.7
Kindheit	2	32 35.6 40.5 12.4	31 34.4 35.2 12.0	27 30.0 29.3 10.4	90 34.7
Vererbung	3	8 16.0 10.1 3.1	17 34.0 19.3 6.6	25 50.0 27.2 9.7	50 19.3
Eheprobleme	4	10 55.6 12.7 3.9	5 27.8 5.7 1.9	3 16.7 3.3 1.2	18 6.9
Schwacher Wille	5	4 28.6 5.1 1.5	4 28.6 4.5 1.5	6 42.9 6.5 2.3	14 5.4
Arbeits Beding.	6	1 12.5 1.3 0.4	5 62.5 5.7 1.9	2 25.0 2.2 0.8	8 3.1
Hirn/Nerv. Schaden	7	10 22.7 12.7 3.9	12 27.3 13.6 4.6	22 50.0 23.9 8.5	44 17.0
Schlimmes Erlebn.	8	3 30.0 3.8 1.2	6 60.0 6.8 2.3	1 10.0 1.1 0.4	10 3.9
	COLUMN	79	88	92	259
	TOTAL	30.5	34.0	35.5	100.0
PERCENTS AND TOTALS BASED ON RESPONSES					
135 VALID CASES			4 MISSING CASES		

Tab. 76

Es zeigt sich, dass bei den Älteren vermehrt eine stoffliche Auffassung über die Ursachen vorherrscht, während die Jüngeren einen eher dynamischen, prozesshaften Denkansatz vertreten.

Tendenziell sind die Resultate auch in der zweiten Fallgeschichte mit diesen übereinstimmend; sie schlagen aber nicht so stark durch, so dass sie nicht signifikant für die ganze Kreuztabelle feststellbar werden.

14. Zusammenfassung der Ergebnisse: Beantwortung der Hypothesen und Diskussion

14.1. Hypothesenbeantwortung

Im Folgenden werden die meisten der unter Pt. 11.1. aufgeführten Hypothesen beantwortet und falls nötig werden die Antworten diskutiert.

Da wir aus Gründen der mangelnden Reliabilität kein Einheitsmass "Störungsintensität" bilden konnten, ist die Beantwortung aller Hypothesen, welche Störungsintensität beinhalten, nicht ohne weiteres möglich. Dieses Mass sollte sich aus den verschiedenen Items zusammensetzen, die im Fragebogen separat erhoben wurden. Bestehen in der Beurteilung dieser Items Unterschiede, so nehmen wir an, dass auch das Mass "Störungsintensität" unterschiedlich ausgefallen wäre. Wo es möglich ist, werden wir versuchen, die Hypothese unter dieser Annahme zu beantworten, wo dies nicht möglich ist, müssen wir auf die Beantwortung verzichten.

Die Gliederung entspricht derjenigen von Pt. 11.

1. Hypothesen zum Konzept Wahrnehmung der Störung soziodemographische Hypothesen

- 1 - 3 Unterschichtsangehörige bewerten die Störungsintensität in allen Fallgeschichten geringer als Mittelschichtsangehörige und als die Oberschichtsangehörigen. Die Mittelschichtsangehörigen bewerten die Störungsintensität in allen Fallgeschichten geringer als die Oberschichtsangehörigen.

Die Angehörigen der verschiedenen Schichten beurteilen die drei Fallgeschichten unterschiedlich, und zwar in fünf von 12 Items. Die Richtung der Abweichung entspricht nicht immer unseren Hypothesen.

Normalität: Die Oberschichtsangehörigen beurteilen das Verhalten in G_2 und G_3 deutlich weniger normal als die andern.

Häufigkeit: Diese wird von den Unterschichtsangehörigen deutlich mehr für die G_1 als für die Angehörigen der übrigen Schichten angenommen.

Seelische Gesundheit: Die Unterschichtsangehörigen mit eigenen Erfahrungen beurteilen diese in der G_2 stärker als die Unterschichtsangehörigen ohne Erfahrungen mit psychischen Störungen.

Prognose mit Behandlung: Diese wird von den Angehörigen der Mittelschicht besser beurteilt als von den Oberschichtsangehörigen.

- 4 - 6 Der Effekt der Arbeitsunfähigkeit auf die verschiedenen Items ist in der Unterschicht grösser als in der Mittelschicht und der Oberschicht.

Diese Hypothese muss abgelehnt werden.

Es zeigt sich in bezug auf die Arbeitsunfähigkeit (Variation G_1) keinerlei schichtabhängigen Beurteilungsunterschiede.

- 7 - 9 Der Effekt der Gewalttätigkeit auf die Beurteilung der verschiedenen Items ist in der Mittelschicht und Oberschicht grösser als in der Unterschicht.

Diese Hypothese muss abgelehnt werden.

Auch in bezug auf die Gewalttätigkeit zeigten sich keine schichtabhängigen Beurteilungsdifferenzen.

- 10 - 12 Mittelschichts- und Oberschichts-Angehörige nehmen mehr gestörte Befindlichkeit wahr als Unterschichtsangehörige.

Diese Hypothese muss abgelehnt werden.

- 13 - 18 Für die Unterschicht hat gestörte Befindlichkeit weniger Einfluss auf die Beurteilung einer Person als psychisch

krank, bzw. abnormal als die Störung der Beziehung zur Umgebung, im Gegensatz zur Mittelschicht und Oberschicht.

Diese Hypothesen müssen verworfen werden.

- 19 Ältere Leute bewerten die Störungsintensität weniger hoch als jüngere.

Diese Hypothese kann angenommen werden.

Aufgrund der Urteile der Items "Befindlichkeit" und "Vernunft" erfolgt Annahme dieser Hypothese.

- 20 Frauen nehmen mehr gestörte Befindlichkeit wahr als Männer.

Diese Hypothese muss abgelehnt werden.

- 21 - 22 Bei Frauen hat die gestörte Befindlichkeit mehr Effekt als bei Männern auf die Beurteilung einer Person als psychisch krank bzw. abnormal als die Störung der Beziehung zur Umgebung.

Diese Hypothese ist zu verwerfen.

- 23 - 24 Gestörte Befindlichkeit hat weniger Effekt auf die Beurteilung einer Person als psychisch krank bzw. abnormal als die Störung der Beziehung zur Umwelt.

Diese Hypothese ist zu verwerfen.

Es zeigten sich grosse Unterschiede in der Beurteilung zwischen "psychisch krank" und "abnormal".

2. Hypothesen zum Konzept Verarbeitung der Störung soziodemographische Hypothesen

- 25 - 27 Unterschichtsangehörige schlagen mehr informelle Hilfe vor als Mittelschichts- und Oberschichts-Angehörige.

Diese Hypothese muss abgelehnt werden.

Bei der Beurteilung der geeigneten Massnahmen ergaben sich keine Schichtunterschiede.

- 28 - 30 Unterschichtsangehörige schlagen weniger als Mittelschichts- und Oberschichts-Angehörige die Hilfesuche bei psychiatrisch/psychologischen Experten vor.

Diese Hypothese ist abzulehnen.

31 Wenn die Unterschichtsangehörigen Hilfe vom Experten vorschlagen, dann am ehesten vom Hausarzt.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

32 - 34 Unterschichtsangehörige nehmen mehr somatische Faktoren als Ursachen psychischer Störungen an als Angehörige der Mittel- und der Oberschicht.

Diese Hypothese ist abzulehnen.

Es zeigten sich in den Ursachenzuschreibungen keine Schichtunterschiede.

35 - 37 Unterschichtsangehörige sehen die Ursachen häufiger in der Arbeitssituation als Angehörige der Mittel- und Oberschicht.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

Wie oben erwähnt zeigten sich keine signifikanten Schichtunterschiede. Als Tendenzen kann man festhalten, dass kleine Beurteilungsunterschiede in allen drei Fallgeschichten in der angenommenen Richtung bestehen.

38 - 40 Unterschichtsangehörige nehmen weniger häufig als Angehörige der Mittelschicht und der Oberschicht psychische Faktoren als Ursache an.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

44 Ältere Leute verweisen eher an informelle Hilfe als jüngere.

Diese Hypothese kann nicht angenommen werden. Zwar zeigen sich für die Massnahme-Vorschläge deutliche Altersunterschiede. Aber das Alter trennt nicht zwischen formeller (professioneller) und informeller Hilfe.

45 Ältere Leute verweisen seltener an psychiatrisch/psychologische Hilfe als jüngere.

Diese Hypothese kann nicht angenommen werden. Ältere verweisen deutlich seltener zum Psychologen als die Jüngeren, hingegen besteht kein Unterschied inbezug auf den Psychiater.

46 Ältere Leute räumen den einzelnen Massnahmen ein kleineres Therapiepotential ein als jüngere.

Diese Hypothese ist zu verwerfen.

47 Ältere Leute sehen als Ursache mehr somatische Faktoren als jüngere.

Diese Hypothese ist anzunehmen.

48 + 49 Männer schlagen seltener formelle Hilfe vor als Frauen und verweisen seltener zu psychiatrisch/psychologischen Experten als Frauen.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

Zwar bestehen Geschlechtsunterschiede, aber nicht bei diesen Items.

50 Männer geben häufiger als Frauen an, keine Hilfe zu suchen.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

51 Frauen nehmen mehr psychische Ursachen an als Männer.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

52 Die Bevölkerung schlägt mehr informelle als formelle Hilfe vor.

Diese Hypothese kann nicht angenommen werden.

Es bestehen bedeutsame Unterschiede zwischen den verschiedenen Fallgeschichten.

53 Verschiedene Störungsarten führen zu verschiedener Hilfesuche.

Diese Hypothese kann angenommen werden.

54 Verschiedene Ursachenattributionen führen zu unterschiedlichem Verweisverhalten. - Wurde nicht überprüft.

55 Je gestörter die Beziehung zur Umwelt, desto mehr wird das Aufsuchen einer Klinik empfohlen.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

Die entsprechende Kreuztabelle ist nicht signifikant.

56 Wer den Verlauf einer Störung ungünstig einschätzt empfiehlt mehr formelle Hilfe, als wer ihn ungünstig einschätzt.

Diese Hypothese muss verworfen werden.
Die entsprechenden Kreuztabellen ergaben kein signifikantes Ergebnis.

- 57 Unterschiedliche Störungsarten bewirken unterschiedliche Verlaufseinschätzungen.

Diese Hypothese können wir nicht annehmen.
Es zeigen sich durchaus verschiedene Verlaufseinschätzungen, sei dies mit oder ohne Behandlung, aber es unterscheiden sich bei uns nicht alle Fallgeschichten voneinander.

- 58 Die Art der Störung beeinflusst die Zuschreibung der Ursachen.

Diese Hypothese kann angenommen werden.

3. Hypothesen zum Konzept frühere Erfahrungen mit psychischen Störungen

- 62 Früher erfahrene Ursachen werden den neuen Störungen wieder attribuiert.

Diese Hypothese konnte nicht überprüft werden.

- 63 Früher ergriffene Massnahmen werden wieder vorgeschlagen, wenn sie Erfolg gehabt haben.

Diese Hypothese wurde nicht geprüft.

- 64 Die Leute, die bereits Erfahrungen mit psychischen Störungen gehabt haben, unterscheiden sich in der Wahrnehmung und Verarbeitung der Störung von andern.

Diese Hypothese muss verworfen werden.
Es zeigte sich, dass sich die Erfahrenen nicht von den Unerfahrenen unterscheiden.

14.2. Diskussion und Ausblick

Bevor wir auf einzelne Ergebnisse speziell eingehen, wollen wir nochmals auf die früher dargelegten Einschränkungen unserer Resultate hinweisen. Insbesondere gilt es im Auge zu behalten, dass wir es hier mit verbalen Äusserungen zu tun haben. Die Umsetzung solcher Äusserungen in offenes Verhalten ist von verschiedenen - uns weitgehend nicht bekannten und hier auch

nicht untersuchten - Faktoren abhängig.

Mit dieser Untersuchung konnten wir belegen, dass die von uns befragte Bevölkerung der Stadt Zürich, psychische Störung sehr differenziert wahrzunehmen imstande ist. Wenn die Unterschiede zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen kleiner als erwartet sind, so kann daraus nicht etwa eine herabgesetzte Differenzierungsfähigkeit abgeleitet werden, sondern es zeigte sich, dass auch dort, wo diese Fähigkeit weniger ausgeprägt angenommen wurde, diese doch vorhanden war.

Dies bestätigt den Befund von STUMME (1975). Wie er, so sind auch wir der Ansicht, dass die früheren, diesen Befunden widersprechenden Ergebnisse das Resultat mangelhafter theoretischer Konzepte, unzulänglicher Methoden der Datenerhebung und unpräziser Definitionen waren. Dabei ist nicht auszuschliessen, dass sich in der Sache selber tatsächlich in der Zwischenzeit wesentliche Unterschiede ergeben haben, dass sich also die Einstellungen und Informationen der Bevölkerung verändert haben. Dies ist aber wegen der erwähnten methodischen Unzulänglichkeiten der früheren Untersuchungen nicht entscheidbar.

Das Hauptinteresse dieser Untersuchung liegt im Auffinden von Wahrnehmungsunterschieden in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Dabei zeigte sich, dass weniger die Schicht als viel eher das Alter und parallel mit diesem der Zivilstand der beurteilenden Person für Beurteilungsunterschiede verantwortlich sind.

Dazu sind folgende Bemerkungen angebracht. 1. Während wir die Verteilung der verschiedenen Altersgruppen in unserer Stichprobe mit jener in der Grundpopulation vergleichen konnten und die Ueberprüfung ergab, dass sich diese entsprechen, war ein Vergleich der Verteilung der Schichtgruppen unmöglich. Es ist anzunehmen, dass die Unterschichtsangehörigen (und im kleineren Ausmass wohl auch die Oberschichtsangehörigen) in unserer Stichprobe untervertreten waren. Dieser anzunehmende Trend zur Mitte inbezug auf die Zugehörigkeit zur sozialen Schicht, brachte eine gewisse Nivellierung mit sich, sodass die in der Realität bestehenden grösseren Unterschiede sich bei uns nicht mehr im selben Mass finden liessen. Es wäre aber falsch, wenn wir aus den vor-

liegenden Befunden nicht auch die Lehre zögen, dass die Beurteilungsunterschiede in den drei sozialen Schichten eben doch kleiner als erwartet sind. Dies mag damit zusammenhängen, dass sich die bisher vorhandenen Untersuchungen vornehmlich auf die USA beziehen und dass die Uebernahme dieser Resultate für schweizerische Verhältnisse nicht ohne weiteres möglich ist. 2. Wir haben in unserer Untersuchung Fallgeschichten vorgelegt, die inbezug auf das Alter und die soziale Schicht sehr nahe zum Befragten standen. Damit wollten wir erreichen, dass sich die Befragten gut in die Situation versetzen konnten. Es lassen sich hier nicht mehr unzählige Störvariablen einfügen und das resultierende Urteil ist von erhöhter Relevanz. Deshalb sind die erhaltenen Resultate besonders gewichtig. Damit soll gesagt sein, dass zwar weniger Schichtunterschiede inbezug auf die Beurteilung psychischer Störungen bestehen als dies angenommen wurde, dass aber dennoch einige solcher Unterschiede vorhanden sind, deren Bedeutung nicht unterschätzt werden darf.

Wir wollten im weiteren die Bedeutung einiger, in früheren Arbeiten als wesentlich bezeichneter, Faktoren erfahren. Es zeigte sich, dass die Arbeitsunfähigkeit für die Beurteilung des in der ersten Fallgeschichte beschriebenen Psychosomatikers nicht wesentlich war. Ebenso verhält es sich mit dem Geschlecht der in der zweiten Fallgeschichte beschriebenen depressiv-gehemmten Person. Es spielte keine Rolle für die Beurteilung, ob die Person männlich oder weiblich ist. Dagegen unterscheidet sich die Beurteilung der dritten Fallgeschichte, des Paranoikers, merklich dann, wenn er als gewalttätig beschrieben ist, gegenüber der nicht-gewalttätig beschriebenen Version.

Zuletzt sollten Unterschiede inbezug auf die Massnahmenvorschläge und die Ursachenzuschreibungen untersucht werden. Es zeigte sich, dass hier die Beurteilungen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen besonders übereinstimmend sind.

Die Annahme, dass es grosse Informationsdifferenzen innerhalb der Bevölkerung inbezug auf den Umgang mit psychischen Störungen gäbe, kann nicht aufrecht erhalten werden.

Neben diesen Hauptergebnissen erscheinen uns noch einige andere

weitere bemerkenswert:

Die Prognose wird unrealistisch beurteilt. Unsere Probanden nahmen einen allzu schlechten Verlauf aller drei Fallgeschichten für den Fall an, dass nichts Spezielles unternommen werde. Andererseits sind ihre Erwartung an eine Therapie viel zu hoch und eigentlich unerfüllbar. Bemerkenswerterweise halten auch Personen an solchen Erwartungen fest, die bereits früher Erfahrungen mit psychischen Störungen gemacht haben und die erlebt haben, wie eine solche psychische Störung verläuft. Dies leitet über zu einem weiteren wesentlichen Befund: Personen mit Erfahrungen auf dem Gebiet psychischer Störungen unterscheiden sich insgesamt sehr wenig von denen ohne solcher Erfahrungen. Insbesondere gibt es Anzeichen dafür, dass unsere Probanden "vergassen", dass sie anlässlich eines früheren Falles psychischer Störung meist gar nichts Spezielles unternahmen. So entsteht ein Bruch zwischen dem damaligen Verhalten zur jetzigen verbalen Äusserung. Dieser ist wohl als Zeichen dafür zu werten, dass die Befragten dazu neigten, jene Antworten zu geben, welche sie als von den Befragern für erwünscht hielten. Damit wird die Gültigkeit aller erhaltenen Antworten - wie bei solchen Fragebogenuntersuchungen üblich - eingeschränkt.

Unsere Untersuchung weist auf eine gut informierte Bevölkerung in der Stadt Zürich hin, die zudem in der Lage ist, psychische Störungen adäquat und differenziert wahrzunehmen; über Ursachen und speziell über zu ergreifende Massnahmen ist sie aufgeklärt. Dass dies keinesfalls heissen muss, dass auch nach diesen Erkenntnissen gehandelt wird, soll hier speziell betont und anhand eines Befundes kurz diskutiert werden. Obwohl eine in einer der Fallgeschichten, die betreffende Person als leidend wahrgenommen wurde, galt sie für viele Probanden als in der Familie nicht auffällig. Hier kann es sich um eine resignierende Haltung handeln, aber auch überstarke Abwehrfunktionen können im Spiel sein oder der Proband wird durch eigene familiendynamische Erfahrungen in seiner Wahrnehmung beeinträchtigt. Es besteht jedenfalls kein Grund zur Annahme, dass parallel zur intellektuellen Einsicht gehandelt würde.

Im Rahmen sozialpsychiatrischer Anstrengungen haben die Resultate folgende Bedeutung: Die untersuchte Bevölkerung ist mit den wichtigsten Informationen im Bereich der Wahrnehmung und Verarbeitung psychischer Störungen versorgt. Dabei ist aber dennoch zu bedenken, auf welchem einem generalisierten Niveau gefragt wurde. Es ist nicht geklärt, ob unsere Probanden in der Lage wären, ihre Angaben zu präzisieren und ob sie die genauen Namen und Adressen entsprechender Hilfeleistungsagenturen kennen oder wissen, wo sie diese erfahren können. Solche präzise Informationen zu liefern, kann durchaus nützlich sein, während die Vermittlung genereller Informationen eher zweitrangig erscheint.

Erstrangig wäre insbesondere die Aufgabe, fundierte Erkenntnisse zu finden, welche den Zusammenhang zwischen verbalisierter Einstellung und dem effektiven Verhalten erhellen, um daraus verhaltensrelevante Strategien zu entwickeln.

A N H A N G

Universität Zürich
Forschungsgruppe des
Sozialpsychiatrischen Dienstes

Sehr geehrte

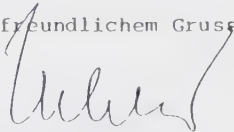
im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung der Universität wird in der Stadt Zürich eine Umfrage durchgeführt. Dabei geht es um die Einstellung gegenüber psychisch Kranken und deren Behandlung. Dazu würde uns auch Ihre Stellungnahme zu einigen Fragen interessieren. Alle Angaben werden nicht im Zusammenhang mit Ihrem Namen erwähnt.

Um den wissenschaftlichen Charakter der Untersuchung zu gewährleisten, sind wir gezwungen, das Interview ziemlich ausführlich zu gestalten, so dass Sie mit einem Zeitaufwand von einer knappen Stunde rechnen müssten.

Falls Sie Interesse haben, werden wir Sie gerne über die Ergebnisse der Untersuchung informieren.

In den nächsten Tagen wird Sie einer unserer Interviewer um einen Termin bitten. Für Ihr Verständnis danken wir bestens im Voraus und verbleiben

mit freundlichem Gruss



Prof. A. Uchtenhagen

F R A G E B O G E N

=====

1					
1	2	3	4	5	6

O. INTERVIEWER: Geschlecht des Befragten eintragen.

weiblich

männlich

	1)
	2)
7	

Wie lange wohnen Sie schon an diesem Ort ?

Jahre

8	9

Und wenn Sie an den Kontakt mit den Nachbarn
denken, was finden Sie :

Haben die Nachbarn hier in der Gegend viel
oder wenig Kontakt miteinander ?

viel

es geht so

wenig

weiss nicht/keine Antwort

	1)
	2)
	3)
	4)
10	

1. Können Sie mir bitte sagen wie alt Sie sind?

Jahre

11	12

2. Welchen Zivilstand haben Sie?

ledig

verheiratet

geschieden, getrennt

verwitwet

keine Antwort

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)

3. Was für einen Beruf üben Sie aus ?

INTERVIEWER: Die Berufsbezeichnung soll so genau wie
irgend möglich sein, z.B. nicht:
"kaufm.Angestellter", sondern Buchhalter,
Korrespondent, Vertreter ...
nicht "Lehrer", sondern Sekundarlehrer
sprachlich-historischer Richtung,
nicht "Techniker", sondern Maschinen
techniker HTL.

INTERVIEWER: notieren.

14	15

bei Verheirateten: Welchen Beruf übt Ihr Partner aus?

16	17

bei Frauen, die nicht mehr arbeiten zusätzlich:

Welchen Beruf übten Sie
zuletzt aus ?

18	19

bei Rentnern:

Welchen Beruf übten Sie
zuletzt aus:

20	21

keine Antwort

22

4. Welche Stellung haben(hatten) Sie in diesem Beruf:

INTERVIEWER: Nicht einfach schreiben "selbständig"
oder "unselbständig". Möglichst genau
umschreiben, z.B. Prokurist, Personalchef,
Oberarzt, Werkmeister, Geschäftsführer,
Geschäftsinhaber. Nicht "Direktor, sondern
Direktor einer Versicherungsgesellschaft,
Geschäftsführer einer Firma des Detail-
handels

INTERVIEWER: notieren:

23	24

keine Antwort

--

Welche Stellung hat Ihr Partner in seinem Beruf?

INTERVIEWER: Nicht einfach schreiben "selbstständig" oder "unselbstständig". Möglichst genau umschreiben, z.B. Prokurist, Personalchef, Oberarzt, Werkmeister, Geschäftsführer, Geschäftsinhaber. Nicht "Direktor", sondern Direktor einer Versicherungsgesellschaft, Geschäftsführer einer Firma des Detailhandels

INTERVIEWER: notieren:

keine Antwort

26	27

28

Haben Sie jemals eine Berufslehre absolviert?

ja

nein

wn/kA

	1)
	2)
	3)
29	

5. Ich werde Ihnen nun einmal folgende Person vorstellen.

4

INTERVIEWER: Fallgeschichte I übergeben und langsam
vorlesen.

Antwortblatt I übergeben.

Wie glauben Sie, fühlt sich dieser Mann ?

Bitte lesen Sie diese Antwortmöglichkeiten durch und
sagen Sie mir, was zutrifft.

er fühlt sich sehr wohl

	1)
	2)

er fühlt sich ziemlich wohl

er fühlt sich weder wohl, noch leidet er

er leidet etwas

	3)
	4)

er leidet stark

wn/kA

	5)
	6)

30

6. Und wie meinen Sie, wirkt das Verhalten dieses Mannes
auf seine Familie, auf seine Bekannten und Freunde ?

sehr angenehm

	1)
	2)

angenehm

weder angenehm noch unangenehm

unangenehm

	3)
	4)

sehr unangenehm

wn/kA

	5)
	6)

31

7. Wenn Sie sich das Verhalten vorstellen, was meinen Sie,
wie wirkt es am Arbeitsplatz, auf Arbeitskollegen, Vorgesetzte
und Untergebene ?

sehr angenehm

	1)
	2)

angenehm

weder angenehm noch unangenehm

unangenehm

	3)
	4)

sehr unangenehm

wn/kA

	5)
	6)

32

8. Glauben Sie, dass dieser Mann in seiner Familie, bei seinen Freunden und Bekannten besonders auffällt, oder glauben Sie, dass er nicht besonders auffällt ?

er fällt besonders auf
er fällt nicht besonders auf
wn/kA

	1)
	2)
	3)

33

9. Glauben Sie, dass dieser Mann an seinem Arbeitsplatz besonders auffällt oder glauben Sie, dass er nicht besonders auffällt ?

er fällt besonders auf
er fällt nicht besonders auf
wn/kA

	1)
	2)
	3)

34

10. Jeder von uns hat seine eigenen Vorstellungen von dem, was normal und dem, was abnormal ist. Uns interessiert Ihre ganz persönliche Meinung. Finden Sie diesen Mann:

INTERVIEWER : Antwortblatt II übergeben

normal
eher normal
weder normal noch abnormal
eher abnormal
abnormal
wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)

35

11. Finden Sie diesen Mann im Gesamten gesehen:

sehr vernünftig
eher vernünftig
weder vernünftig noch unvernünftig
eher unvernünftig
sehr unvernünftig
wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)

36

12. Die nächsten zwei Fragen betreffen die körperliche und seelische Gesundheit dieses Mannes. Halten Sie diesen Mann für

körperlich deutlich krank
körperlich leicht krank
körperlich weder krank noch gesund
körperlich eher gesund
körperlich sehr gesund
wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)

37

13. Was meinen Sie zum seelischen Gesundheitszustand?
Halten Sie diesen Mann für

INTERVIEWER: Antwortblatt III übergeben

seelisch sehr gesund
seelisch eher gesund
seelisch weder krank noch gesund
seelisch leicht krank
seelisch deutlich krank
wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)

38

14. Glauben Sie, dass solche Lebensumstände, wie Sie sie eben kennengelernt haben,

sehr häufig
häufig
weder häufig noch selten
selten
sehr selten vorkommen ?
wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)

39

INTERVIEWER: nur hier weiterfahren, falls:

- bei Frage 5 "erleidet etwas/
stark" als Antwort

oder - bei Frage 13 "deutlich/leicht
krank" als Antwort

Sonst weiter bei Frage 19.

5. Nun etwas anderes. Wie glauben Sie, geht es diesem Mann in einem Jahr, wenn er nichts Besonderes unternimmt, um seine Lage zu verändern?

Es geht ihm:

besser als jetzt

gleich wie jetzt

schlechter als jetzt

wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)

16. Ich gebe Ihnen eine Liste mit verschiedenen Möglichkeiten, welche die Lage dieses Mannes verbessern könnten.

INTERVIEWER: Antwortblatt IV übergeben.

Bitte lesen Sie diese Liste durch.

Welche dieser Möglichkeiten halten Sie für die zwei besten ?

nichts unternehmen/sich damit abfinden		
den Hausarzt aufsuchen	41	
sich einmal aussprechen	42	
Mit wem ?	43	
	44	45
einen Psychiater aufsuchen		46
einem Verein beitreten/einen Kurs besuchen		47
einen Psychologen aufsuchen		48
die Stelle wechseln		49
ein Medikament nehmen, ohne zum Arzt zu gehen		50
in eine psychiatrische Klinik oder Poliklinik		51
gehen		52
keine der genannten Möglichkeiten sondern		
INTERVIEWER: nachfragen, eintragen		
	53	54
wn/ka		
		55

INTERVIEWER: Antwortblatt IV zurück erbitten.

17. Stellen Sie sich vor, der Mann macht das, was Sie eben vorgeschlagen haben. Wie glauben Sie, geht es ihm dann in einem Jahr ?

besser als jetzt

gleich wie jetzt

schlechter als jetzt

wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)

56

18. Ich gebe Ihnen eine Liste mit Ursachen, die für den Zustand des Mannes verantwortlich sein könnten.

INTERVIEWER: Antwortblatt V übergeben.

Sagen Sie mir einfach, welche zwei Ursachen Ihrer Meinung nach zutreffen.

Kontaktschwierigkeiten

schweres Erlebnis in der Kind-
heit, falsche Erziehung

Vererbung

Eheprobleme

schwacher Wille

schlechte Arbeitsbedingungen,

Ueberforderung bei der Arbeit

Hiern-, Nerven - oder Drüsenschaden

schlimmes Erlebnis in letzter Zeit

(z.B. Tod oder Trennung von
einer nahestehenden Person)

wn/kA

☐

57

☐

58

☐

59

☐

60

☐

61

☐

62

☐

63

☐

64

☐

65

INTERVIEWER: Antwortblatt V zurück erbitten.

47. Ich habe Ihnen drei Personen vorgestellt.

Haben Sie selbst, oder hat jemand in Ihrer Familie
oder in Ihrem Bekanntenkreis etwas Ähnliches erlebt
wie eine dieser drei beschriebenen Personen ?

nein

wn/kA

ja

	1)
	2)
	3)

INTERVIEWER:

genau nachfragen, genaue Bezeichnung

eintragen.

Wer?

1.

2.

3.

4.

69	70
71	72
73	74

INTERVIEWER:

in den folgenden Antworten immer

genau die oben genannte Reihenfolge

der betroffenen Personen genau ein-

halten.

3						
1	2	3	4	5	6	

Wissen Sie, wo der Betreffende damals Hilfe gesucht

hat?(ACHTUNG: falls aktuell: ... Hilfe sucht?)

1.

2.

3.

4.

7	8
9	10
11	12

Hat diese Hilfe von Ihnen aus gesehen eher genützt

oder geschadet ?

zu 1 - eher genützt

- weder geschadet noch genützt

- eher geschadet

	1)
	2)
	3)

zu 2 - eher genützt

- weder geschadet noch genützt

- eher geschadet

	1)
	2)
	3)

zu 3 - eher genützt

- weder geschadet noch genützt

- eher geschadet

	1)
	2)
	3)

17

zu 4 - eher genützt

- weder geschadet noch genützt

- eher geschadet

	1)
	2)
	3)

18

C. Wissen Sie, welches damals die Ursache war (... ist)?

19	20

1. _____ 2. _____

21	22

3. _____ 4. _____

23	24

25	26

62. Nun bitte ich Sie um ein paar statistische Angaben.

Welcher Konfession gehören Sie an ?

reformiert

katholische

keiner

andere

wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)

50

63. Wie oft gehen Sie durchschnittlich in die Kirche ?

mehrmals im Monat

mehrmals im Jahr

etwa einmal im Jahr

nie

wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)

51

64. Welche Schule haben Sie zuletzt besucht ?

Oberschule/Realschule

Sekundarschule

Fachschule, Technikum, Soz.Arbeit

Mittelschule/Kantonsschule

Universität/Hochschule

wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)

52

65. Welcher Schicht würden Sie sich zurechnen, der
Grundschicht, der Mittelschicht, der Oberschicht ?

Grundschicht

Mittelschicht

Oberschicht

wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)

53

66. Können Sie mir sagen, wie gross das Einkommen des Gesamthaushaltes im Monat ist ?

INTERVIEWER: Blatt "Einkommen" übergeben.

Geben Sie mir einfach den Buchstaben der entsprechenden Gruppe an.

- A unter 1'000.-- Fr.
- B 1'001.-- bis 2'000.-- Fr.
- C 2'001.-- bis 3'000.-- Fr.
- D 3'001.-- bis 4'000.-- Fr.
- E 4'001.-- bis 5'000.-- Fr.
- F über 5'001.-- Fr.

wn/kA

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)

54

INTERVIEWER: Für das Gespräch bedanken.

Nach Abschluss des Interviews

=====

INTERVIEWER: Diesen Teil nach Abschluss und nicht
in Anwesenheit des Gesprächspartners
ausfüllen.

a) Nach meinem Eindruck liess sich der Befragte

sehr gerne interviewen

gerne

weder gern noch ungern

nicht gern interviewen

wollte der Pb mehrmals abbrechen

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)

55

b) Gab es besondere Schwierigkeiten bei einzelnen Fragen?

Frage-Nr.

Erläuterungen

56	57		58	59
			62	63
			66	67
			70	71
			74	75

c) Waren andere Personen während des Interviews anwesend
und haben den Befragten beeinflusst?

nein

ja

wenig beeinflusst

mässig beeinflusst

stark beeinflusst

	1)
	2)
	3)
	4)
	5)

76

d) Geschlecht des Interviewers.

weiblich

männlich

	1)
	2)

77

4					
1	2	3	4	5	6

e) Datum und Uhrzeit des Interviews.

Tag		Monat		1978
7	8	9	10	
				Uhr
11	12			

f) Dauer des Interviews.

13	14	15

Minuten

BEMERKUNGEN:

16	17

Unterschrift des Interviewers:

18	19

.....

 .

Antwortblatt I

er fühlt sich sehr wohl
er fühlt sich ziemlich wohl
er fühlt sich weder wohl, noch leidet er
er leidet etwas
er leidet stark

sehr angenehm
angenehm
weder angenehm noch unangenehm
unangenehm
sehr unangenehm

Antwortblatt II

normal
eher normal
weder normal noch abnormal
eher abnormal
abnormal

sehr vernünftig
eher vernünftig
weder vernünftig noch unvernünftig
eher unvernünftig
sehr unvernünftig

körperlich deutlich krank
körperlich leicht krank
körperlich weder krank noch gesund
körperlich eher gesund
körperlich sehr gesund

Antwortblatt III

seelisch sehr gesund
seelisch eher gesund seelisch weder krank
seelisch weder krank noch gesund
seelisch leicht krank
seelisch deutlich krank

sehr häufig
häufig
weder häufig noch selten
selten
sehr selten

Antwortblatt IV

nichts unternehmen/sich damit abfinden
den Hausarzt aufsuchen
sich einmal aussprechen
einen Psychiater aufsuchen
einem Verein beitreten/einen Kurs besuchen
einen Psychologen aufsuchen
die Stelle wechseln
ein Medikament nehmen, ohne zum Arzt zu gehen
in eine psychiatrische Klinik oder Poliklinik gehen
keine der genannten Möglichkeiten, sondern...

Antwortblatt V

Kontaktschwierigkeiten
schweres Erlebnis in der Kindheit, falsche Erziehung
Vererbung
Eheprobleme
schwacher Wille
Schlechte Arbeitsbedingungen, Ueberforderung bei der Arbeit
Hirn-, Nerven- oder Drüsenschaden
Schlimmes Erlebnis in letzter Zeit (z.B. Tod oder Trennung
von einer nahestehenden Person)

EINKOMMEN

- A unter Fr. 1000.-
- B Fr. 1001.- bis 2000.-
- C Fr. 2001.- bis 3000.-
- D Fr. 3001.- bis 4000.-
- E Fr. 4001.- bis 5000.-
- F Fr. 5000.- und darüber

Berufsliste zu den Fallgeschichten

Fallgeschichte I und I'

OS	Universitätsprofessor
OM	selbständiger Rechtsanwalt
AM	Berufsschullehrer
WM	Werkmeister in einer Maschinenfabrik
U	Giesser
U'	Hilfsarbeiter

Fallgeschichte II'

männlich

OS	Juniorchef im Grossbetrieb seines Vaters
OM	Zahntechniker mit eigenem Labor
AM	Verkaufschef einer Warenhausabteilung
WM	hat ein kleines Schallplatten-Geschäft
U	gel. Maschinen-schlosser
U'	Nachtwächter

Fallgeschichte II

weiblich

Juniorchefin im Grosshandelsbetrieb ihres Vaters
Zahntechnikerin mit eigenem Labor
Chefsekretärin
hat einen kleinen Coiffeursalon
Telefonistin mit Berufslehre
Putzfrau

Fallgeschichte III und III'

OS	Bank-Direktor
OM	Inhaber eines Ingenieur-Büros
AM	städtischer Berufsberater
WM	Schalterbeamter bei der Post
U	Verkäufer mit Berufslehre
U'	Gepäckträger

Erläuterungen zur Einordnung nach der beruflichen Position

- OS Zu den höchsten Angestellten werden gerechnet:
Direktoren, Gerichtspräsidenten, Obergerichte,
Chefredakteure grosser Zeitungen oder Illustrierten,
Chefärzte, Regierungsräte, Direktionssekretäre
in der öffentlichen Verwaltung, Verwaltungsrats-
präsidenten, Hochschullehrer. etc.
- OM Zu den selbständigen Akademikern zählen beispielsweise:
Architekten, Ingenieure, Unternehmensbe-
rater, Aerzte, Apotheker, Psychologen, Notare,
Journalisten, Schriftsteller.
Unter die Kategorie Selbständige in Dienstleistungs-
branche fallen Berufe wie: Treuhänder, Filmprodu-
zent, Direktor und Inhaber eines Knabeninstitutes,
Zahntechniker mit eigenem Labor, courtier immobi-
lier.
Höhere Angestellte / Beamte sind beispielsweise:
Geschäftsleiter, Abteilungsleiter, Aerzte (ohne
Assistenzärzte), Mittelschullehrer, Staatsanwälte,
Bezirksrichter, Redaktoren mit Hochschulbildung,
(wissenschaftliche) Adjunkte.
- MM Mittlere Angestellte / Beamte sind z.B.: Primar-
lehrer, Sekundarlehrer, Berufsschullehrer, Pro-
kuristen, Direktionssekretäre im Privatunternehmen,
Assistenzärzte, Gerichtsschreiber, Bürochefs.
- UM Zu den Angestellten / Beamten ohne leitende Funk-
tion zählen u.a.: Kaufmännische Angestellte mit
Lehre ohne Untergebene, Schulhausabwarte, auch
Akademiker ohne leitende Funktion z.B. Ingenieure
auf einem Ingenieurbüro, Schalterbeamte, Sekretärinnen.

Unter Selbständige im Gewerbe und Detailhandel fallen solche mit Betrieben bis zu zehn Angestellten / Arbeitern.

HS Arbeiter, die ungelernt, angelernt und gelernte sind, fallen in diese Schicht, auch Vorarbeiter. Zu Arbeitsunfähigen / Invaliden zählen Personen, die wegen geistiger oder körperlicher Krankheiten nicht mehr oder nur noch in einer geschützten Werkstatt arbeiten.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bart, B.P.: Social Structure and Vocabularies of Discomfort. Journal of Health and Social Behaviour, 1968, S. 188-193.
- Beck, P., Koenig, E.: Studienwahl Architektur. Zürich: Akademische Berufsberatung, 1975.
- Becker, H.S.: Outsiders. New York: Free Press, 1963.
- Benninghaus, H.: Soziale Einstellungen und Soziales Verhalten. Zur Kritik des Attitüdenkonzepts. In: Albrecht, G. et al.: Soziologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1973.
- Benninghaus, H.: Ergebnisse und Perspektiven der Einstellungs-Verhaltens-Forschung. Main, Meisenheim am Glan, 1976.
- Bergen, B.: Social Class, Symptoms and Mental Illness. Unpublished Ph.D. Dissertation, Dep. of Soc. Rel., Harvard University, 1962.
- Bernstein, B.: Language and Social Class. British Journal of Sociology, 1960, 11, S. 271-276.
- Bernstein, B.: A Socio-linguistic Approach to Social Learning, In: Gould, J.: Penguin Survey to the Social Sciences. Harmondsworth: Penguin, 1965, S. 144-168.
- Bogardus, E.: Measuring Social Distances. Journal of Applied Sociology, 1925, 9, S. 299-308
- Bortz, J.: Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer, 1977.
- Cannell, C.F.: Kahn, R.L.: Interviewing. In: Lindzey, G., Aronson, E.: Handbook of Social Psychology. Reading, Mass., 1968.
- Carlson, D.A.: Problems in Treating the Lower Class Psychotic. Archives of General Psychiatry, 1965, 13, S. 269-274.
- Carstairs, G.M.: Heron, A.: The Social Environment of Mental Hospital Patients. In: Greenblatt, M., Levinson, D.J., Williams, R.H.: The Patient and the Mental Hospitals. Glencoe, Ill.: Free Press, 1957, S. 218-230.
- Carstairs, G.M., Wing, J.K.: Attitudes of the General Public to Mental Illness. British Medical Journal, 1958, 2, S. 594-597.
- Clark, R.E.: Psychoses, Income and Occupational Prestige. American Journal of Sociology, 1949, 54, S. 433-440.

- Cloward, R.A.: Social Class and Private Social Agencies. Proceedings of the Council on Social Work Education, 1963, 132.
- Clausen, J.A., Kohn, M.L.: Relation of Schizophrenia to the Social Structure of a Small City. In: Pasamanick, B.: Epidemiology of Mental Disorder. Washington: Am. Ass. for the Advancement of Science, 1959, S. 69-94.
- Crocetti, G.M., Lemkau, P.V.: An Urban Population's Opinion and Knowledge about Mental Illness. American Journal of Psychiatry, 1962, 118, S. 692-700.
- Cumming, E., Cumming, J.: Closed Ranks. An Experiment in Mental Health Education. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1957.
- Deutscher, I.: Words and Deeds: Social Science and Social Policy. Social Problems, 1966, 13, S. 235-254.
- Deutscher, I.: What We Say / What We Do: Sentiments and Acts. Glenview, Ill., Scott, 1973.
- Dilling, H., Weyerer, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. München: Urban + Schwarzenberg, 1978.
- Dohrenwend, B.P., Bernard, V.W., Kolb, L.D.: The Orientations of Leaders in an Urban Area towards Problems of Mental Illness. American Journal of Psychiatry, 1962, 118, S. 683-691.
- Dohrenwend, B.P., Chin-Shong, E.: Social Status and Attitudes toward Psychological Disorder. The Problem of Tolerance and Deviance. American Sociological Review, 1967, 32, S. 417-433.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S.: Social Status and Psychological Disorder. A Causal Inquiry. New York: John Wiley & Sons, 1969.
- Ellsworth, R.B.: A Behavioral Study of Staff Attitudes toward Mental Illness. Journal of Abnormal Psychology, 1965, 70, S. 194-200.
- Esser, H.: Der Befragte. In: Koolwijk, J.van, Wieken-Mayser, M.: Techniken der empirischen Sozialforschung. München: Ed. Oldenbourg, 1974, 4.
- Faris, R.E.L., Dunham, H.W.: Mental Disorders in Urban Areas. Chicago: University of Chicago Press, 1933.
- Fletcher, C.R.: Measuring Community Mental Health Attitudes by Means of Hypothetical Case Descriptions. Social Psychiatry, 1969, 4, S. 152-156.

- Freeman, H.E., Kassebaum, G.G.: Relationship of Education and Knowledge to Opinions about Mental Illness. *Mental Hygiene*, 1960, 44, S. 43-47.
- Freidson, E.: Client Control and Medical Practice. In: *Jaco, E.G.: Patients, Physicians and Illness. New York: The Free Press (2. ed.), 1972.*
- Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag, 1973.
- Gardell, B.: Alienation and Mental Health in the Modern Industrial Environment. In: *Levi, I. (ed.): Society, Stress and Disease. New York, 1971.*
- Gleiss, I., Seidel, R., Abholz, H.: Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch-Verlag, 1973.
- Goldberg, E.M., Morrison, S.L.: Schizophrenia and Social Class. *British Journal of Psychiatry*, 1963, 109, S. 785-802.
- Gurin, G., Veroff, J., Feld, S.: Americans View Their Mental Health. New York: Basic Books, 1960.
- Gursslin, O.R., Hunt, R.G., Roach, J.L.: Social Class and Mental Health Movement. *Social Problems*, 1959/60, 7, S. 210-218.
- Häfner, H.: Der Einfluss von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. *Der Nervenarzt*, 1971, 42, S. 557-568.
- Häfner, H.: Psychiatrische Epidemiologie. Berlin: Springer, 1978.
- Häfner, H., Reimann, H., Immich, H., Martini, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. *Social Psychiatry*, 1969, 4, S. 126-135.
- Heider, F.: The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley. 1958.
- Held, T., Levy, R.: Die Stellung der Frau in Familie und Gesellschaft. Frauenfeld: Huber, 1974.
- Herkner, W.: Attribution, Psychologie der Kausalität. Bern: Huber, 1980.
- Hollingshead, A.B., Redlich, F.C.: Social Class and Mental Illness. New York: John Wiley & Sons, 1958.
- Holsti, O.R.: Content Analysis. In: *Lindzey, G., Aronson, E.: Handbook of Social Psychology. Reading, Mass.: Addison Wesley, 1968.*
- Höner, L., Kunz, H.: Die Einstellung der Bevölkerung zum Objektbereich "Psychisch Kranke". Eine explorative Befragung in der Gemeinde Egg im Kanton Zürich. Lizentiatsarbeit Universität Zürich, 1976.

- Insko, C. & Schopler, J.: Triadic Consistency: A Statement of Affective-Cognitive-Conative Consistency, Psychological Review, 1967, 74, S. 145-148.
- Jäckel, M., Wieser, S.: Studien zur "unsichtbaren Schranke" bei psychisch Kranken. Sozialpsychiatrie, 1967, 2, S. 100-106.
- Jäckel, M., Wieser, S.: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Stuttgart: Thieme, 1970.
- Katschnig, H.: Soziales Stress und psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg, 1980.
- Katschnig, H.: Psychotherapiebedarf. In: Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Wien: Urban und Schwarzenberg, 1975.
- Keupp, H.: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München: Urban & Schwarzenberg, 1974.
- Kleining, G., Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1968, 20, S. 502-552.
- Klix, F.: Information und Verhalten. Bern: Huber, 1971.
- Kohn, M.L.: Social Class and Schizophrenia: A Critical Review and a Reformulation. In: Roman, P.M., Trice, H.M. (eds.): Explorations in Psychiatric Sociology. Philadelphia: F.A. Davis, 1974.
- Koos, E.L.: The Health of Regionville. New York: Columbia University Press, 1954.
- Kornhauser, A.: Mental Health of the Industrial Worker. A Detroit Study, New York, 1965.
- Langner, T.S., Michael, S.T.: Life Stress and Mental Health. New York: The Free Press of Glencoe, 1963.
- La Pierre, R.T.: Attitudes Versus Actions. Social Forces, 1934, 30, S. 230-237.
- Lebedun, M., Collins, J.J.: Effects of Status Indicators on Psychiatrists' Judgments of Psychiatric Impairment. Sociology and Sociological Research, 1976, 2, S. 199-210.
- Leighton, O.C., Harding, J.S., Macklin, D.B., Macmillan, A.M., Leighton, A.H.: The Character of Danger: Psychiatric Symptoms in Selected Communities. New York: Basic Books, 1963.
- Lemkau, P., Tietze, C., Cooper, M.: Mental-Hygiene Problems in an Urban District: Second Paper. Mental Hygiene, 1942, 26, S. 100-119.

- Lystad, M.H.: Social Mobility Among Selected Groups of Schizophrenic Patients. American Sociological Review, 1957, 22, S. 288-292.
- Mayntz, R., Holm, K., Hübner, P.: Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie. (2. Aufl.) Opladen: Westdeutscher Verlag, 1971.
- Mechanic, D.: Medical Sociology. New York: The Free Press, 1978.
- Mees, U.: Vorausurteil und aggressives Verhalten. Stuttgart: Klett, 1974.
- Michael, S.T.: Social Class and Psychiatric Treatment. Journal of Psychiatric Research, 1967, 5, S. 243-254.
- Moeller, M.L.: Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung. Das Argument, 1972, 71, S. 88-109.
- Myers, J.K., Bean, L.L.: A Decade Later. A Follow-up of Social Class and Mental Illness. New York: John Wiley & Sons, 1968.
- Myers, J.K., Schaffer, L.: Social Stratification and Psychiatric Practice. American Sociological Review, 1954, 19, S. 307-310.
- Oevermann, U.: Sprache und soziale Herkunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1972.
- Pflanz, M.: Der Entschluss zum Arzt zu gehen. Hippokrat, 1964, 35, S. 894-897.
- Phillips, D.: Rejection. A Possible Consequence for Seeking Help for Mental Disorders. American Sociological Review, 1963, 28, S. 963-973.
- Ramsey, G.V., Seipp, M.: Public Opinions and Information Concerning Mental Health. Journal of Clinical Psychology. 1948, 4, S. 397-406.
- Ries, H., Kriesi, H.: Studienverlauf an Schweizer Hochschulen. Hochschule Aargau für Bildungswissenschaften, Arbeitsberichte 5, 1974.
- Robinson, W.S.: Ecological Correlations and the Behaviour of Individuals. American Sociological Review, 1950, 15, S. 351-357.
- Roede, H.: Befrager und Befragte. Berlin (Ost), 1968.
- Rogler, L.H., Hollingshead, A.B.: Trapped Families and Schizophrenia. New York: John Wiley & Sons, 1965.
- Rom, S., Wunderle, N.: Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen. Vorarbeiten zu einer empirischen Untersuchung in der Stadt Zürich. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit Phil.I. Zürich, 1977.

- Sabagh, G., Eyman, R.K., Coburn, D.N.: The Speed of Hospitalization. Social Problems, 1966, 14, S. 119-128.
- Scheff, T.J.: Being Mental Ill. A Sociological Theory. Chicago, Aldine, 1966.
- Scheuch, E.K.: Sozialprestige und Soziale Schichtung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1961, Sonderheft 5.
- Scheuch, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R.: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band I. (2. Aufl.) Stuttgart: Thieme, 1967.
- Schmidt, H.D.: Einstellungen und offenes Verhalten. Psychologie Heute, 1976, 2, S. 29-33
- Schwab, R., Köniq, R., Weiss, K.H.: Einstellungen zu psychischer Gestörtheit und Psychotherapie. Zeitschrift für klinische Psychologie, 1978, 7, S. 194-206.
- Six, B.: Einstellung und Verhalten. In: Tack, W.A.: Bericht über den 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Salzburg 1974. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe, 1975, S. 225-245.
- Six, B.: Die Relation von Einstellung und Verhalten. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 1975, 6, S. 270-296.
- Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K., Rennie, T.A.C.: Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study. New York: McGraw-Hill, 1962.
- Star, S.A.: The Public's Ideas about Mental Illness. Chicago: National Opinion Research Center, hektoqr., 1955.
- Strotzka, H., Leitner, I., Ozerwenka-Wenkstetten, G., Graupe, S.R., Simon, M.D.: Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Wien: Oesterreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst, 1969.
- Stumme, W.: Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. München: Urban & Schwarzenberg, 1975.
- Taylor, L., Chave, S.: Mental Health and Environment. London: Longmans, Green and Co. Ltd., 1964.
- Turner, R.J.: Societal Mobility and Schizophrenia. Journal of Health and Social Behaviour, 1968, 9, S. 194-203.
- Turner, R.J., Wagenfeld, M.O.: Occupational Mobility and Schizophrenia: An Assessment of the Social Causation and Social Selection Hypotheses. American Sociological Review, 1967, 32, S. 104-113.

- Ullmann, L.P., Krasner, L.: A Psychological Approach to Abnormal Behaviour. New York: Prentice Hall, 1969.
- Watts, C.A.H.: Depressive Disorders in the Community. Bristol: John Wright and Sons, 1966.
- Weick, K.E.: Systematic Observational Methods, In: Lindzey, G., Aronson, E.: Handbook of Social Psychology. Reading, Mass.: Addison Wesley, 1968.
- Wicker, A.W.: Attitudes Versus Actions: The Relationship of Verbal and Overt Behavioral Responses to Attitude Objects. Journal of Social Issues, 1969, 25, S. 41-78.
- Widmer, A.: Einstellungen zu psychischen Störungen und deren Behandlung. (Übersicht und wissenschaftsmethodische Analyse empirischer Untersuchungen). Diss. Phil. I. Zürich, 1982.
- Wieser, S.: Isolation. Die soziale Karriere des psychisch Kranken. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 1973.
- Zboworski, M.: Cultural Components in Responses to pain. Journal of Social Issues, 1952, 8, S. 16-30.
-

Verwendetes Programm-Paket: SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 9)
Rechenzentrum der Universität Zürich.

Lebenslauf

Ich wurde am 28. März 1951 als jüngster von fünf Söhnen der Eheleute Berti und Oscar Rom-Gutenberg in Zürich geboren und wuchs hier auf. Nach der Primarschule trat ich in das kantonale Literaturgymnasium ein, wechselte später in die kantonale Handelsschule und bestand 1971 die kantonale Handelsmatura. Darauf folgte ein Auslandsaufenthalt. Im Jahre 1972 nahm ich das Psychologie-Studium an der Universität meiner Vaterstadt auf. Während dieser Zeit lernte ich unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren kennen. Zudem unterrichtete ich an verschiedenen zürcherischen Schulen. 1976 begann ich meine Lehranalyse, welche 4½ Jahre dauerte. 1973 im Rahmen eines intensiven Praktikums erster Kontakt mit sozialpsychiatrischen Einrichtungen und seither anhaltendes Interesse auf diesem Gebiet.

1978 bestand ich das Lizentiatsexamen (Klinische und anthropologische Psychologie im Hauptfach, Psychopathologie und Soziologie in den Nebenfächern).

Ab 1979 für 3½ Jahre Arbeit in der kantonalen psychiatrischen Klinik Rheinau als klinischer Psychologe. Hier Arbeit auf offenen und geschlossenen Abteilungen, Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Team-Arbeit und Psychodiagnostik. Daneben Besuch verschiedener post-graduate Kurse und Teilnahme an Fachkongressen, sowie publizistische Tätigkeit und Unterricht für ärztliches, sowie pflegerisches Personal.

1982 Promotion und Uebertritt in die Harvard Medical School, Dept. of Psychiatry als Clinical Fellow in Psychology im McLean Hospital in Belmont, Mass. (USA).

